All. 2

Al Direttore della SISSA
Via Bonomea 265
TRIESTE

Il/La sottoscritto/a _____

Responsabile dell'attività _____

Dichiara che l'allievo/a _____

Ha collaborato presso questo ufficio/attività per _____ ore nel corso dell'anno _____

Affidabilità/Puntualità:

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

Competenza:

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

Precisione:

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

Giudizio Generale:

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

L'allievo/a è stato formato in particolare in queste attività:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Il Responsabile dell'attività _____