su carta intestata del Soggetto Ospitante

Dipartimento di Scienze Aziendali e Giuridiche
Responsabile
UFFICIO STAGE
Ponte P. Bucci – Cubo 11/C
87036 Arcavacata di Rende (CS)
Fax n .0984 492170

Oggetto: Registro presenze.

In riferimento allo stage di : (nome e cognome dello stagista)

_____

Data inizio ……

Data termine …….

data	ore effettuate	Firma tirocinante

Data……

Timbro e Firma del Responsabile della Struttura

.....