

FACOLTÀ DI MEDICINA
E PSICOLOGIA



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

c.a. Responsabile Amministrativo della
Facoltà di Medicina e Psicologia

Oggetto: dichiarazione di corretto espletamento incarico co.co.co _____

Con riferimento al contratto di collaborazione coordinata e continuativa stipulato con il/la Dott./Dott.ssa _____, in qualità di Responsabile/Referente dei fondi utilizzati, dichiaro che ad oggi la prestazione è resa con continuità, correttezza ed efficacia, e che pertanto si può procedere alla corresponsione del corrispettivo previsto.

Roma, _____

Il Responsabile
