

**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO
SPERIMENTALE DELLA SARDEGNA
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO _____**

Via Duca degli Abruzzi, 8
SASSARI

Il sottoscritt _____, nat a _____
il _____ residente in _____ CAP _____ Via
_____ tel. _____, chiede il rilascio di n. _____
certificat__ relativ__

al servizio prestato dal _____ al _____ presso il Dipartimento
_____ Laboratorio/Servizio _____ in qualità di

Sassari, li _____

Con osservanza

N.B.: Il presente modulo deve essere presentato all'ufficio protocollo dieci giorni prima della data del rilascio.

**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO
SPERIMENTALE DELLA SARDEGNA
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO _____**

Via Duca degli Abruzzi, 8
SASSARI

Il sottoscritt _____, nat a _____
il _____ residente in _____ CAP _____ Via
_____ tel. _____, chiede il rilascio di n. _____
certificat__ relativ__

all'attività di convenzione prestata dal _____ al _____ progetto/piano
_____ in qualità di _____

Sassari, li _____

Con osservanza

N.B.: Il presente modulo deve essere presentato all'ufficio protocollo dieci giorni prima della data del rilascio.

**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO
SPERIMENTALE DELLA SARDEGNA
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO _____**
Via Duca degli Abruzzi, 8
SASSARI

Il sottoscritt _____, nat a _____
il _____ residente in _____ CAP _____ Via
_____ tel. _____, chiede il rilascio di n. _____
certificat__ relativ__ alla frequenza

volontaria

tirocinio

dal _____ al _____ presso il Dipartimento _____
Laboratorio/Servizio _____ in qualità di _____

Sassari, li _____

Con osservanza

N.B.: Il presente modulo deve essere presentato all'ufficio protocollo dieci giorni prima della data del rilascio.