Rilevazione Presenze

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Anno:	
Mese:	
Nome:	
Cognome:	
Numero di Matricola	
Nome ETS e sede delle attività di volontariato	
Nome e cognome Responsabile di progetto ETS	
Ambito progettuale:	

Sede	Data	Ora Inizio Attività	Ora Fine Attività	Numero ore effettivamente svolte	Ore di formazione svolte	Ore di attività svolte	Firma Responsabile di progetto ETS

Totale mensile ore svolte

Con la firma di questo modulo, acconsento esplicitamente al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma volontario/a: _____

Firma Responsabile di progetto ETS: _____

n.b. a conclusione delle attività il/la Responsabile di progetto ETS è tenuto a inviare copia firmata del presente documento all'indirizzo *accordi.3m@uniroma1.it*