

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

\_\_\_\_\_