

Al Direttore del Dipartimento di Informatica  
Università degli Studi di Milano  
Via Comelico, 39  
20135 - Milano

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, rappresentante dell'Istituto/Scuola

(denominazione) \_\_\_\_\_

con sede in

(città e provincia) \_\_\_\_\_

(indirizzo e CAP) \_\_\_\_\_

(tel) \_\_\_\_\_

(fax) \_\_\_\_\_

(codice fiscale e/o partita IVA) \_\_\_\_\_

con la presente chiede che vengano effettuate, dal Laboratorio AlaDDIn del Dipartimento di Informatica, le seguenti prestazioni su tariffario:

LABORATORIO DIDATTICO DI INFORMATICA PRESSO IL CENTRO  
MATEMATITA

per complessive \_\_\_\_\_ ore (\_\_\_\_\_ studenti).

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere a conoscenza delle tariffe e delle condizioni ufficiali del Dipartimento.

\_\_\_\_\_

(firma)