



Università Iuav di Venezia

AREA DIDATTICA  
E SERVIZI AGLI STUDENTI

Santa Croce 601 / Campo della Lana  
30135 Venezia  
www.iuav.it

Venezia, \_\_\_\_\_

**Al Servizio Master**  
tel. 041-257/1882/1737/1679  
email: master@iuav.it

**Oggetto: esito attività di *project work* del/la dott./ssa (nome e cognome)**  
..... **matricola (numero)** .....,  
**dal titolo** .....,  
**contenuto nella proposta del (data)** ..... **nell'ambito del Master**  
**di** ..... **livello in** .....,  
**a.a.** .....

Il sottoscritto, prof. ...., in qualità di responsabile  
scientifico del master universitario annuale di ..... livello in  
..... a.a. ...., di concerto con  
il coordinatore didattico del master

....., dichiara di  
aver preso visione del *project work* del/la dott./ssa (nome e cognome)  
....., dal titolo  
.....

realizzato con la supervisione di  
..... e, con riferimento a quanto  
concordato nella proposta di *project work* del (data).....

*(motivare il raggiungimento degli obiettivi)*

.....  
.....

Il responsabile scientifico del master

(nome e cognome + firma)

.....