



Roma,

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Medico-Chirurgiche e di
Medicina Traslazionale
Prof. Bruno Annibale
S E D E

OGGETTO: Richiesta attivazione procedura comparativa per affidamento Assegno di Ricerca.

Gruppo B

- Tipologia I (Dottorato di ricerca non richiesto obbligatoriamente)**
 Tipologia II (Dottorato di Ricerca)

Titolo della ricerca

Titolo della Ricerca in Inglese

Annuale

Biennale

Importo (lordo beneficiario) annuo € 19.367,00 più oneri a carico dell'Amministrazione

Finanziato con fondi provenienti dal contratto: _____
Responsabile Scientifico: _____ SSD MED/ _____

Descrizione Scientifica in Italiano (max 1000 caratteri) _____

Descrizione Scientifica in Inglese (max 1000 caratteri) _____

Il richiedente

Prof. _____