



Roma,

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Medico Chirurgiche e di
Medicina Traslazionale
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 (Inglese): _____

SSD _____ , Annuale Biennale

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

Finanziato con fondi _____

Responsabile Scientifico: _____

Descrizione Scientifica in Italiano (**max 1000 caratteri**): _____

Descrizione Scientifica in Inglese (**max 1000 caratteri**): _____

Il richiedente Prof. _____

Firma
