Al Preside

Facoltà di Farmacia e Medicina

Sapienza Università di Roma

SEDE

Roma,

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione allo svolgimento attività di assistenza - Assegnista di Ricerca**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assegnista di ricerca, SSD \_\_\_\_\_\_, afferente al Dipartimento Universitario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Facoltà di Farmacia e Medicina, con decorrenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE L’AUTORIZZAZIONE

ai sensi della normativa vigente in materia e dell’art. 9 del Regolamento per conferimento degli assegni di ricerca emanato con D.R. n. 1030/2017 del 07/04/2017, a poter svolgere attività di assistenza inerente esclusivamente al progetto di ricerca dal titolo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” (Responsabile scientifico Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), presso la UO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In fede,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma interessato)

Firme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma Direttore Dipartimento Universitario)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma Responsabile Scientifico)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma Responsabile UOC)\*

\*Nel caso di una UOD, è necessaria la firma del Direttore DAI