Al Preside della Facoltà di

Farmacia e Medicina

Sapienza Università di Roma

**Oggetto: Richiesta autorizzazione allo svolgimento attività di assistenza – Assegnista di ricerca**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assegnista di ricerca, SSD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Dipartimento Universitario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Facoltà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e termine il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE L’AUTORIZZAZIONE

ai sensi della normativa vigente in materia e dell’art. 9 del vigente Regolamento per il conferimento degli assegni di ricerca, allo svolgimento dell’attività assistenziale presso la U.O. *(indicare U.O.C. o U.O.S. presso la quale sarà svolta l’attività assistenziale)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che l’attività assistenziale sarà svolta nell’esclusivo ambito del progetto di ricerca dal titolo ………………………………………….. (resp.scient. Prof. ……………….) oggetto del contratto per assegno di ricerca**\***.

Roma, ………………………………………

In fede

(Firma dell’assegnista)

………………………………………………………

Si esprime parere favorevole:

Firme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma e Timbro Direttore del Dipartimento Universitario)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma e Timbro Responsabile Scientifico)

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

\* Allegare obbligatoriamente alla richiesta il relativo contratto

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