

Al Preside
Facoltà di Medicina e Odontoiatria
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 Medicina e Odontoiatria, 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