

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 Medicina e Odontoiatria, con decorrenza dal al .

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. 427/2021 del 11/02/2021, 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)

Timbro e firma

Direttore Dipartimento Universitario) _____

Responsabile Scientifico) _____

Responsabile UOC)* _____

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