

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 afferente al 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, emanato con D.R. n. 427/2021 del 11/10/2021, 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)

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