

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 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)

Firme

_____ (Firma Direttore Dipartimento Universitario)

_____ (Firma Responsabile Scientifico)

_____ (Firma Responsabile UOC)*

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