

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