

Unità Amministrativa: DIPARTIMENTO DI FISIOPATOLOGIA CLINICA

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE PER BORSA DI STUDIO POST LAUREA A TOTALE CARICO DELLA STRUTTURA**

Ambito di Ricerca (S.S.D.)	Fondo di Finanziamento	Titolo del Programma della borsa	Importo Lordo di ciascuna borsa (in €uro) <i>Compresi oneri a carico dell'Università</i>	n° borse	Durata in mesi	Requisiti di ammissione (titolo di studio, eventuali conoscenze specifiche) <i>Vecchio e Nuovo Ordinamento (specificare la classe)</i>	Prove di selezione (per soli titoli/ per titoli e colloquio)

Componenti Commissione				Data del colloquio da inserire nel bando di concorso (specificare luogo e ora della prova)	Data presumibile di inizio attività (non prima di due mesi dalla data della richiesta / approvazione)	Modalità di pagamento
Responsabile (Qualifica, SSD)	Membro (Qualifica, SSD)	Membro (Qualifica, SSD)	Supplente (Qualifica, SSD)			
						trimestrale

Firenze, .....

Il Responsabile .....