



Università degli Studi di Firenze

DIPARTIMENTO DI FISIOPATOLOGIA CLINICA

RICHIESTA DI RINNOVO DI UN ASSEGNO DI RICERCA

Firenze, li _____

Al Direttore del Dipartimento di
Fisiopatologia Clinica

Con la presente chiedo che venga approvata la presente richiesta di rinnovo di un assegno di ricerca

a totale carico

cofinanziato (*barrare la voce che interessa*)

Assegno assistenziale: **sì** **no** (*barrare la voce che interessa*)

DAI _____ SOD _____

con decorrenza _____ secondo le seguenti modalità:

ASSEGNISTA	
TITOLO DEL PROGETTO DI RICERCA	
S.S.D.	
RESPONSABILE SCIENTIFICO	
FONDI SUI QUALI FAR GRAVARE IL COSTO DELL'ASSEGNO	
ASSEGNATARIO DEI FONDI (se diverso dal responsabile scientifico)	

Si allega i seguenti documenti firmati in originale:

- la relazione annuale dell'assegnista
- la relazione del responsabile della ricerca
- la dichiarazione dell'assegnista relativa alle annualità effettuate

Firma del richiedente

Firma dell'assegnatario dei fondi

RISERVATO ALLA SEGRETERIA:

Impegno n. _____ del _____ Codice capitolo _____