



Università degli Studi di Firenze

DIPARTIMENTO DI FISIOPATOLOGIA CLINICA

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DI UN NUOVO ASSEGNO DI RICERCA

Firenze, li _____

Al Direttore del Dipartimento di
Fisiopatologia Clinica

Con la presente chiedo che venga approvata la presente richiesta di attivazione 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:

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)	
COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE GIUDICATRICE* (Responsabile + 2 commissari + 1 supplente)	
DATA E LUOGO DELLA SELEZIONE (per le date dei colloqui controllare le scadenze sul sito web dell'Università)	

Si allega il progetto di ricerca firmato in originale.

Firma del richiedente

Firma dell'assegnatario dei fondi

* Il Consiglio dell'Unità amministrativa a cui afferisce il progetto di ricerca al quale i candidati saranno chiamati a collaborare designa i componenti la Commissione giudicatrice nelle persone dei professori di ruolo e ricercatori appartenenti all'area scientifica in cui sarà svolta l'attività di collaborazione. La Commissione è composta da tre membri dei quali almeno uno è professore ordinario. Della Commissione fa parte il Responsabile della ricerca alla quale dovrà collaborare il titolare dell'assegno.

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Impegno n. _____ del _____ Codice capitolo _____