Chieti, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Direttore del Dipartimento di Medicina e Scienze dell’Invecchiamento

Prof. Francesco Cipollone

La sottoscritta Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede l’autorizzazione all’attivazione delle procedure per il rinnovo di un assegno di collaborazione all’attività di ricerca, alle seguenti condizioni:

|  |  |
| --- | --- |
| LINEA DI RICERCA DIPARTIMENTALE/  Titolo progetto di ricerca |  |
| Dott. |  |
| AREA |  |
| SETTORE CONCORSUALE |  |
| S.S.D. |  |
| TUTOR / RESPONSABILE SCIENTIFICO |  |
| RINNOVO - dal 01/04/2018 al 31/03/2019 | □ Annuale/rinnovabile |
| COSTO ANNUALE |  |
| FINANZIAMENTO DIPARTIMENTALE |  |
| NOME PROGETTO U-GOV |  |
| CUP PROGETTO U-GOV |  |
| RISULTATI ATTESI | |  | | --- | |  | |

Cordiali saluti

Il richiedente

Prof.ssa