



Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Medico-Chirurgiche e di
Medicina Traslazionale

S E D E

OGGETTO: Richiesta attivazione procedura selettiva per assegnazione di incarico di lavoro autonomo nell'ambito del progetto di ricerca “ _____ ”

Il sottoscritto, _____, in qualità di Responsabile Scientifico, chiede l'attivazione di una procedura selettiva per l'assegnazione di n. _____ incarico di lavoro autonomo nell'ambito del Progetto:

TITOLO del progetto di ricerca: _____

DURATA dell'incarico: dal _____ al _____ per n. _____/mesi

DESCRIZIONE sintetica dell'attività da svolgere:

L'importo dell'incarico: € _____ da finanziarsi con i seguenti fondi di ricerca: _____ di cui il sottoscritto è titolare.

Data _____

Firma _____