



Roma,

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Medico-Chirurgiche e di
Medicina Traslazionale
Prof. Erino Angelo Rendina
S E D E

OGGETTO: Richiesta attivazione procedura comparativa per affidamento Assegno di Ricerca.

Gruppo B

Tipologia I (Dottorato di ricerca non richiesto obbligatoriamente)

Tipologia II (Dottorato di Ricerca)

Titolo della ricerca _____

Titolo della Ricerca in Inglese _____

Annuale

Biennale

Importo (lordo beneficiario) annuo € 19.367,00 più oneri a carico dell'Amministrazione

Finanziato con fondi provenienti dal contratto: _____

Responsabile Scientifico: _____ SSD MED/ _____

Descrizione Scientifica in Italiano (max 1000 caratteri) _____

Descrizione Scientifica in Inglese (max 1000 caratteri) _____

Il richiedente
Prof. _____