



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTI E SCUOLA

DI AREA MEDICA

Via Solaroli, 17 – 28100 Novara NO

Tel. 0321 660.622/683- Fax 0321 32221

ufficio.ricerca@med.unipmn.it

RICHIESTA DI RINNOVO DI ASSEGNO DI RICERCA

- COFINANZIATO
- A TOTALE CARICO DEL DOCENTE

Nome del Responsabile scientifico

Titolo dell'assegno di ricerca

Nome dell'assegnista

Data di scadenza dell'assegno

IMPORTO ASSEGNO DI RICERCA:

€ _____

Motivo della richiesta di rinnovo

Fondo al quale si attinge per garantire il finanziamento

FIRMA: IL RESPONSABILE SCIENTIFICO

N.B. Allegare relazione scientifica sull'attività svolta dall'assegnista