



Università degli Studi del Piemonte Orientale
Dipartimento di Medicina Traslazionale
Via Solaroli, 17 - 28100 Novara

Al Direttore del Dipartimento

AUTORIZZAZIONE DI PAGAMENTO PER CONTRATTO - BORSA

Il sottoscritto Prof. _____

DICHIARA

Che le attività indicate nel contratto - borsa di studio in essere con il Dott. _____ e relative al periodo _____ sono state svolte correttamente, e pertanto ne autorizzo il pagamento per il corrispettivo previsto per il periodo in oggetto.

Novara, _____

Il Responsabile Scientifico
