Al Direttore del

Dipartimento di Biotecnologie

Università degli Studi di Verona

Sede

**RICHIESTA RINNOVO ASSEGNO DI RICERCA**

Con la presente il/la sottoscritto/a Prof./Prof.ssa …………………………………., in qualità di Responsabile Scientifico, chiede il rinnovo dell’Assegno di Ricerca **AdR……./..**, di cui è titolare il/la Dott./Dott.ssa ………………………………………………………………………………………….

1. **TITOLO DELL’ASSEGNO / PROGRAMMA DI RICERCA:**

“…………………………………………………………………………………………………………………”

1. **DURATA (minimo 12 mesi)**

dal ………………………………………… al ……………………………………

1. **IMPORTO LORDO** (inclusi gli oneri a carico ente) (**minimo 23.900 EURO**): € ……………………
2. **COPERTURA FINANZIARIA DELLA SPESA (FONDO E TITOLARE):**

…………………………………………………………………………………………………………………..

**(Qualora le risorse finanziarie non fossero disponibili alla decorrenza del rinnovo, l’assegno verrà erogato ad introito avvenuto dei fondi)**

Verona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO IL TITOLARE DEI FONDI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO:

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Prof. David Bolzonella

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: *La presente richiesta dovrà essere presentata in Segreteria almeno 15 giorni prima della scadenza dell’assegno di ricerca per il quale si richiede il rinnovo.*