

**ASSEGNISTI o  
BORSISTI**

Al Direttore del Dipartimento di Medicina dei Sistemi

Roma .....

### **Dichiarazione**

Il/la dott./ssa. .... dichiara di usufruire di:

Borsa di Studio

Assegno di ricerca

Per il seguente periodo.....

e di frequentare regolarmente i laboratori della Cattedra/Reparto di.....

.....

Firma

.....

**VISTO: SI AUTORIZZA**

.....

(firma del Responsabile)

.....

(firma del Direttore di Dipartimento)