

**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)