|  |  |
| --- | --- |
|  | Al Magnifico Rettore  dell’Università degli Studi di Verona  Prof. Nicola Sartor  Al Responsabile Scientifico  dell’assegno di ricerca  Prof.  Al Direttore del Dipartimento di  Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-Infantili  Prof. Pier Francesco Nocini |

Il sottoscritto NOME COGNOME, titolare di un assegno di ricerca per l’attuazione del programma di ricerca “TITOLO ASSEGNO” (AdRXXXX/XX) presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-Infantili

per il periodo dal DATA INIZIO ASSEGNO al DATA FINE ASSEGNO

DICHIARA

di rinunciare all’assegno di ricerca a partire dal giorno\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il seguente motivo\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(firma)

\* si intende il primo giorno di non fruizione dell’assegno

\*\* l’indicazione della motivazione della rinuncia è a discrezione del titolare dell’assegno.