Al Direttore del

 Dipartimento di Medicina Traslazionale

Da inviare via mail a coordinamento.polonovara@uniupo.it

Oggetto: richiesta nulla osta a frequentare il Laboratorio di xxxxxxxxxx, Dott./Dott.ssa xxxxxxxxxxxx periodo xx/xx/201x – xx/xx/201x.

Il/La sottoscritto/a Prof./Prof.ssa XXXXXXXXXXXX chiede l’autorizzazione a far frequentare il Laboratorio di xxxxxxxxxxxxxxxx al/alla Dott./Dott.ssa xxxxxxxxx, titolare di un Assegno di Ricerca/Borsa/libero frequentatore ….

**Breve presentazione a cui allegare il Curriculum Vitae**

Il periodo individuato è dal xxxxxx al xxxxxxxx.

L’attività sperimentale che condurrà il/la Dott./Dott.ssa xxxxxxxxx presso il mio Laboratorio rientra nell’ambito della collaborazione scientifica …………riguardante lo studio di………….. è motivato da……………… (breve motivazione).

Per poter svolgere l’attività di ricerca sarà mia cura informare preventivamente l’interessato/a affinchè possa provvedere alla copertura assicurativa.

Mi impegno inoltre a coprire tutte le spese inerenti la sua attività e a mettere a disposizione apparecchiature e spazi del mio Laboratorio.

Distinti saluti, Prof. xxxxxxxxxxx