



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTI E SCUOLA  
DI AREA MEDICA

Via Solaroli, 17 – 28100 Novara NO  
Tel. 0321 660.622/683- Fax 0321 32221  
ufficio.ricerca@med.unipmn.it

## RICHIESTA ATTIVAZIONE ASSEGNO DI RICERCA

- ASSEGNO CO-FINANZIATO
- ASSEGNO A TOTALE CARICO

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DIPARTIMENTO DI AFFERENZA:

---

TITOLO DELLA RICERCA (da indicare nel bando, max 3 righe):

---

---

---

IMPORTO ASSEGNO DI RICERCA (minimo € 23.076,33):

€ 

---

AREA E SETTORE SCIENTIFICO-DISCIPLINARE ATTINENTI AL PROGETTO DI RICERCA:

---

PROGRAMMA DELLA RICERCA (allegare breve relazione scientifica ai fini della selezione degli assegni che verranno cofinanziati):

---

---

---

DURATA:

---

DECORRENZA PREVISTA (INDICATIVA):

---

LAUREA IN (richiesta ai candidati):

---

---



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTI E SCUOLA  
DI AREA MEDICA

Via Solaroli, 17 – 28100 Novara NO  
Tel. 0321 660.622/683- Fax 0321 32221  
ufficio.ricerca@med.unipmn.it

ULTERIORI REQUISITI RICHIESTI (es. esperienze professionali, dottorato, ecc., - da inserire nel bando)

---

---

CONOSCENZA DELLA LINGUA O DELLE LINGUE:

---

COMPONENTI DELLA COMMISSIONE GIUDICATRICE (nominativo e ruolo):

Presidente \_\_\_\_\_

Componente \_\_\_\_\_

Componente \_\_\_\_\_

Supplente \_\_\_\_\_

DATA E ORA DEI COLLOQUI, SEDE DEI COLLOQUI

1 - Riunione Preliminare (almeno 4 gg lavorativi prima della selezione):

data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

2 - Selezione candidati:

data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

SEDE DI SERVIZIO PRESSO CUI IL CANDIDATO SVOLGERA' LA RICERCA:

---

Fondo al quale si attinge per garantire il finanziamento:

---

FIRMA: IL RESPONSABILE SCIENTIFICO