



Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Data : _____

Direzione II – Divisione I

Ripartizione II – Assegni di Ricerca

SEDE

OGGETTO: Richiesta rinnovo assegno di ricerca.

Il sottoscritto _____, professore/ricercatore afferente alla Struttura di ricerca _____,

in qualità di **tutor**, **chiede il rinnovo** dell'assegno per la collaborazione ad attività di ricerca ai sensi dell'art. 22 della legge 30 dicembre 2010, n.240, conferito al **dott.** _____ per il

Programma di ricerca: "

_____ " settore scientifico disciplinare: _____

bandito con **D.R.** _____ del _____ **Durata rinnovo (minimo 12 mesi):** _____ **Importo dell'assegno a totale carico del richiedente :** Euro _____ **Provenienza dei fondi destinati al finanziamento dell'assegno:** _____

Firma del Tutor

DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI RICERCA

Il sottoscritto _____, in qualità di Direttore della Struttura di ricerca _____ dichiara che il Consiglio della Struttura di ricerca nella seduta del _____:

ha espresso parere favorevole al rinnovo del suddetto assegno richiesto dal professore/ricercatore _____ per un durata pari a _____ e allo svolgimento della connessa attività di ricerca presso le proprie strutture;

ha garantito la copertura finanziaria del suddetto assegno per un importo pari a € _____:

con fondi dipartimentali

con fondi messi a disposizione dalla Struttura di ricerca _____

(allegare copia della delibera della Struttura che finanzia)



Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Tipologia copertura finanziaria dell'assegno:

I campi "UPB" - "Impegno n°" - "CUP" sono obbligatori pena la non accettazione della richiesta.

Qualora per il progetto non sia stato ancora richiesto il CUP, compilare il modulo allegato ed inviarlo via email a: RicercaNazionale.CUP@amm.uniroma2.it

**Nel caso di copertura finanziaria a carico di più progetti compilare i relativi campi aggiuntivi:
SI RIBADISCE CHE I SOTTO INDICATI CAMPI SONO OBBLIGATORI**

1 UPB: _____ Impegno n° _____ CUP: _____

2 UPB: _____ Impegno n° _____ CUP: _____

3 UPB: _____ Impegno n° _____ CUP: _____

Barrare la tipologia del fondo destinato alla copertura dell'assegno:

Progetti Nazionali (*specificare*)

Progetti Internazionale EU (*specificare*)

Progetti Internazionali NON UE (*specificare*)

Convenzioni (*specificare*)

Altro (*specificare*) _____

A seconda della tipologia progettuale selezionata, compilare solo i campi pertinenti:

Anno: _____ Ente Finanziatore: _____

Programma: _____

Titolo progetto: _____ Acronimo: _____

Responsabile Scientifico: _____ Prot. Unità di ricerca: _____

n° contratto: _____

Attesta, altresì, che con mandato n: _____ del : _____ la Struttura di ricerca ha provveduto alla copertura finanziaria dell'assegno in scadenza, di cui si richiede il rinnovo.

Timbro della Struttura di ricerca

Firma del Direttore
