**RICHIESTA RINNOVO ASSEGNO DI RICERCA**

da inviare a **direttore.scienzevita@unimore.it** in formato doc e pdf (firmato)

Al Direttore

Dipartimento di Scienze della Vita

SEDE

 Luogo e data……………………..

Il/La sottoscritto/a Prof/Dott. ………………………………………., ordinario/associato/ricercatore del SSD …………………………con la presente chiede il rinnovo dell'assegno per la collaborazione ad attività di ricerca ex art. 22 L. 240/2010 / ex art. 51 449/97 (cancellare ciò che non interessa ([[1]](#footnote-1)), "……………………………..", di cui sono referente scientifico, già fruito dal/dalla Dr./Dr.ssa ………………………………………presso il …………………………………………., per il periodo …………………………...

Si allega alla presente:

* relazione sull’attività di ricerca svolta dal/dalla Dr./Dr.ssa ……………………………………………. (allegato n.1).
* autodichiarazione firmata dall’assegnista che specifichi tutti i periodi di assegno già fruiti 1 (allegato n. 2)

Per la valutazione dell'attività scientifica svolta dal/dalla Dott./Dott.ssa ………………………………si propone la seguente Commissione (*indicare tre nominativi*): ……………………………………………..

Il rinnovo dell'assegno di ricerca consentirà di (*motivare la richiesta di rinnovo*): ……………………………………………

Si precisa che la copertura finanziaria necessaria al rinnovo, pari a Euro ……………………………..(*indicare la stessa fascia di importo utilizzata per l’attivazione*), è già disponibile ed è da imputarsi sul fondo *(indicare il codice fondo UGOV e codice UA 2)*  …………………………………………

Inoltre, l’importo dell’assegno è / non è (*cancellare l’opzione che non interessa*) oggetto di rendicontazione sul progetto di cui sopra.

L’Assegnista svolgerà la sua attività prevalentemente nella sede di…………………….. nei locali (*riportare il codice di Ateneo presente sulla porta della stanza MO-XX-YY-NNN o RE XX-YY-NNN)*…………………….. Si precisa infine che il collaboratore svolgerà un’attività di ufficio, a videoterminale inferiore o superiore a 20 ore settimanale e/o che si prevede possa comportare rischio chimico/biologico/radioattivo (*cancellare le opzioni che non interessano*) e che i recapiti telefonici e e-mail del collaboratore sono i seguenti: …………………………………………………………. .

In fede

IL TUTOR DELL'ASSEGNO DI RICERCA3

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

 *firma*

1. 1. In relazione all’assegnista per il quali si intenda procedere al rinnovo, si precisa la necessità di verificare, ai fini del calcolo della durata massima dell’assegno di ricerca, se l’assegnista abbia o meno usufruito:

- per i contratti stipulati ai sensi dell’art. 51, L. 449/97, di un dottorato di ricerca con borsa;

- per i contratti stipulati ai sensi dell’art. 22, L. 240/10, di un dottorato di ricerca senza borsa in concomitanza con l’assegno.

2. Se non si conoscono i codici identificativi del progetto chiedere in Amministrazione

3. Nel caso il finanziamento a copertura dell’assegno non sia a diretta disposizione del Tutor, si prega di far firmare anche il titolare dei fondi. [↑](#footnote-ref-1)