Al Dottorando/Assegnista/Borsista/Altro

e, p.c. *Al Direttore del Dipartimento e/o Responsabile del Centro*

Il sottoscritto Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Dipartimento/Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università di Verona

**AUTORIZZA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il Dott. La Dott.ssa | (*Nome*) |  | (*Cognome*) |

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*indicare indirizzo completo: Via-N.ro civico-C.a.p.-Città-Provincia-Stato)*

a frequentare il Dipartimento/Laboratorio/Centro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel periodo (indicare possibilmente anche giorni e orari): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per poter svolgere attività di ricerca indifferibile.

Verona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Responsabile della ricerca

Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO

Il Direttore di Dipartimento/Centro

Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_