



Richiesta di Conferimento Incarico

	Codice*	Titolare	
CENTRO DI COSTO BENEFICIARIO*			
CENTRO DI COSTO PAGANTE*			
GAE DI USCITA DELLA SPESA			
DA RENDICONTARE SU PROGETTO		CUP:	

ATTIVITA' DA SVOLGERE*	barrare*
	Assegno di ricerca post-doc <input type="checkbox"/>
	Assegno di ricerca professionalizzante <input type="checkbox"/>
	Assegno di ricerca Senior <input type="checkbox"/>
	Assegno di ricerca Grant <input type="checkbox"/>
	Tempo determinato art 15 <input type="checkbox"/>
	Tempo determinato ricercatore <input type="checkbox"/>
	Tempo determinato tecnologo <input type="checkbox"/>
	Autonomo occasionale <input type="checkbox"/>
	Autonomo professionale (con P.Iva) <input type="checkbox"/>
	Borsa di studio <input type="checkbox"/>
	durata* <input type="text"/>
	luogo incarico* <input type="text"/>
	costo onnicomprensivo a carico dell'Istituto <input type="text"/>
	costo al lordo delle ritenute fiscali e previdenziali da esibire sul bando/contratto (*) <input type="text"/>

REQUISITI RICHIESTI – max 800 caratteri (*):

	Responsabile Scientifico*
Obiettivi*	

FIRMA TITOLARE
CENTRO DI COSTO BENEFICIARIO*

FIRMA TITOLARE
CENTRO DI COSTO PAGANTE*

DATA*	
-------	--

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE
DR GIOVANNI FELICI

NOTA: Senza i campi contrassegnati con l'asterisco (*) la richiesta è valida.