



Al Direttore del Dipartimento di

Al Responsabile della Ripart.2 Assegni di ricerca
Divisione 1 – Direzione II

LORO SEDI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ assegnista di ricerca presso il Dipartimento di _____

COMUNICA

di voler sospendere il contratto dal _____ al _____ per la seguente motivazione:

Prolungata malattia (debitamente documentata);

Motivi personali (debitamente documentati)

Roma , _____

Firma

Il Responsabile scientifico
Si approva
