|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo_pant541  *codice fiscale 80003670504*  *partita IVA 00286820501* | DIPARTIMENTO DI FARMACIA Via Bonanno, 6 - 56126 Pisa (Italy)  tel. 0039 050 2219500 – 510 - 545  fax 0039 050 2219608 | 20130103_DF_  *www.farm.unipi.it* |

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA’ ESTERNA DI RICERCA

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome | |
| Ciclo di Dottorato | |
| Ente ospitante (se Struttura Universitaria, inserire Dipartimento ed Università): | |
| Supervisore esterno (Nome e Cognome, Affiliazione): | |
| Data di inizio del soggiorno | Data di fine del soggiorno |
| Attività previste: | |

Data e Firma del richiedente

Firma del Supervisore

Inviare il modulo firmato ed una copia editabile non firmata in formato word all’indirizzo e-mail [tiziano.tuccinardi@unipi.it](mailto:tiziano.tuccinardi@unipi.it)