



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIVISIONE AMMINISTRAZIONE
DECENTRATA
SETTORE AMMINISTRAZIONE
DIPARTIMENTI E SCUOLA
DI AREA MEDICA

Via Solaroli, 17 – 28100 Novara NO
Tel. 0321/660572-613-573-513

MODULO DI ACCETTAZIONE / RINUNCIA

Bando di concorso, per titoli e colloquio, per il conferimento di assegni per le attività di tutorato presso i Dipartimenti di Medicina Traslazionale, Scienze della Salute dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale – a. a. 2018/2019.

Il/La sottoscritto/a _____

(Cognome Nome)

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Matricola n. _____

Tel. _____ Tel. Cellulare _____

E-mail _____

Iscritto/a nell'a.a. 2018/2019 al _____ anno del Corso _____

in _____

del Dipartimento di _____

DICHIARA

di accettare

di rinunciare

il conferimento dell'assegno per l'attività di tutorato, di cui alla graduatoria approvata con D.D. Rep. N. 376/2019 Prot. n. 0007026 del 18/03/2019, relativa alla sotto riportata attività:
