Il/la sottoscritto/a Prof./Prof.ssa ……………………………………………………………………, in qualità di Responsabile Scientifico della borsa di studio presso il Dipartimento di

□ Medicina Traslazionale

□ Scienze della Salute

di cui è titolare il la Dott/Dott.ssa …………………………………………………...………………..,

**d i c h i a r a**

che quest’ultimo/a ha svolto correttamente le attività previste, perciò si autorizza il pagamento della rata relativa al periodo …………………………………………………………….

Novara, (data) ………………………………………..

In fede

……………………………………………………………………