**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA BORSA DI RICERCA**

 Al Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Responsabile della Borsa di Ricerca

 Dipartimento di Scienze della Salute

 Viale Pieraccini 6 - 50139 Firenze

 Alla Dott.ssa Caterina Nistri

Ufficio Compensi Personale non Strutturato

 Piazza San Marco 4

 FIRENZE

**Oggetto: Rinuncia alla Borsa di Ricerca dal titolo “**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**“**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a ------------- il --------------- e residente a -----------------------

DICHIARA

di voler *rinunciare*, a partire da ----------------- (indicare l’ultimo giorno lavorativo), alla Borsa di Ricerca in oggetto, di cui è titolare dal --------------- presso il Dipartimento di SCIENZE DELLA SALUTE per la seguente motivazione:

( ) impiego azienda pubblica

( ) impiego azienda privata

( ) ingresso ruolo docenti

( ) impiego ente di ricerca

( ) dimissionario

( ) impiego all’estero

( ) vincitore bando per nuovo assegno di ricerca

( ) vincitore borsa di studio di dottorato dal …………………………………………… presso …………………………………………………..

( ) revoca contratto

(…) incompatibilità con altra borsa

Firenze, ------------ Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_