



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

## ACCETTAZIONE CONTRIBUTO PER MOBILITÀ DOTTORATO DI RICERCA

Alla Rettore dell'Università  
degli Studi dell'Aquila  
Via Giovanni Di Vincenzo, 16/b  
**67100 L'AQUILA**

### DOTTORATO DI RICERCA IN

\_\_\_\_\_ **Ciclo** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ,

### DICHIARA

di *accettare il contributo per la mobilità relativa al dottorato di ricerca per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (A.A. 2017/2018).*

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

ALLEGA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ