DIPARTIMENTO
DI MEDICINA MOLECOLARE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Autorizzazione al pagamento

Visto il regolare svolgimento delle prestazioni eseguite

Dagli:
Assegnisti di Ricerca: _____

Dai:
Co.co.co: _____

Dai:
Borsisti di studio_____

SI AUTORIZZA o AUTORIZZANO il/i pagamento/i relativo/i al mese di:

In fede

Il Responsabile Scientifico

Roma, _____

Università degli Studi di Roma "La Sapienza" –
Dipartimento di Medicina Molecolare-
Segreteria Amministrativa
CF 80209930587 PI 02133771002 Viale Regina Elena, 291, 00161 Roma
T (+39) 06 49255105/110/111/112/113/114/107/108/109 F (+39) 06 06255658
seg.medmol@uniroma1.it