**Al Direttore del Dipartimento di**

**……………………**

**Al Coordinatore del Corso di Dottorato di Ricerca**

**…………………………..**

**ATTO DI IMPEGNO PER L’ATTIVAZIONE DI N. \_\_\_\_\_\_\_ POSTO RISERVATO PER IL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ CICLO.**

La Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. e Partita Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in persona dell’Amministratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comunica la propria disponibilità a sottoscrivere il protocollo per l’attuazione del percorso di apprendistato di alta formazione finalizzato al conseguimento del titolo di dottore di ricerca in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi della normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma dell’Azienda