**Al Direttore**

**del Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Via Tronto, 10/A**

**Torrette di ANCONA**

OGGETTO: Disponibilità contributo liberale

Con la presente il/la sottoscritto/a …………………………………………………………., legale rappresentante della società……………………………………………………… comunica che intende devolvere la somma di € ……………………. a favore del Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, per contribuire alla ricerca ………………… (citare dettaglio progetto) sotto la responsabilità del Prof. …………………………………..

*(Se necessario specificare su che voci di costo si intende devolvere il contributo)*

|  |
| --- |
| **DATI DEL DONATORE**  RAGIONE SOCIALE:………………………………………………………………………….  CODICE FISCALE:……………………………………………………………………………………………  P.IVA:………………………………………………………………………………………………………………  SEDE LEGALE (indirizzo, città, cap)…………………………………………………………………………………….  Email/pec: ………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **MODALITA’ DI VERSAMENTO: avviso di pagamento pagoPA** emesso dall’Ateno |

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che:

l’importo della presente donazione, rispetto alla capacità economica e patrimoniale del/della finanziatore/finanziatrice, è da intendersi:

**□ di modico valore**

**□ di NON modico valore** (necessario atto pubblico)

Data ……………………………………..

Firma del donatore………………………………………….