**Al Direttore**

**del Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Via Tronto, 10/A**

**Torrette di ANCONA**

**Oggetto:** Richiesta di accettazione del contributo liberale di € ……………………

da Ditta/Ente/persona fisica ……………………….

Con la presente il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………, chiede al Direttore del Dipartimento di sottoporre al Consiglio di Dipartimento l’accettazione di un contributo liberale di € …………………….., concesso da….……………………………………….. a sostegno dell’attività di Ricerca dal titolo: ………………………………………………………………… - Responsabile Scientifico Dr./Prof. …………………………………………….

Nello specifico:

Un importo pari a € ……………… verrà impegnato per: (indicare voce di spesa con il maggiore dettaglio possibile):

- …………………..

Un importo pari a € …………………. verrà impegnato per: ……… (indicare voce di spesa con il maggior dettaglio possibile

Il contributo liberale ricevuto sarà utilizzato in un arco temporale massimo di 3 anni.

Cordiali saluti.

Dr./Prof. ………………………………………..