Carta intestata

Data,

Spett.le

**Dipartimento di Medicina**

**dell'Università degli Studi di Udine**

**Via Colugna, 50**

**33100 UDINE**

**PEC:** amce@postacert.uniud.it

**Oggetto: Erogazione liberale**

ll sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (se legale rappresentante di una azienda privata indicare anche i dati dell’Azienda) COMUNICA di VOLER donare al vostro dipartimento un contributo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da destinare all’attività di ricerca nel campo del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare nominativo destinatario donazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ritenendo che tali iniziative rivestano rilevante interesse per il progresso delle conoscenze scientifiche nel settore.

L’erogazione di cui sopra è dettata da puro spirito di liberalità.

Restando in attesa di un Vostro cenno di formale accettazione di quanto sopra, porgiamo distinti saluti.

 Firma