# Al Direttore

# Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del farmaco e Salute del bambino

Università degli Studi di Firenze

Viale Pieraccini, 6

50139 Firenze

neurofarba@pec.unifi.it

# OGGETTO: Elargizione liberale per attività di ricerca.

Il sottoscritto …………., in qualità di rappresentante legale di ………………….. P.I. ……………….. , oppure

*Il sottoscritto …………., nato a ……………….. il ……………………….. C.F. (per persone fisiche)*

visto l’avviso pubblico di manifestazione di interesse ad accettare elargizioni liberali da parte di enti pubblici e privati indirizzati all’approfondimento delle varie linee di ricerca del Dipartimento pubblicato sul sito istituzionale [www.neurofarba.unifi.it](http://www.neurofarba.unifi.it/);

visto il Codice di autoregolamentazione del Dipartimento per l’accettazione di contributi liberali, approvato dal Consiglio di Dipartimento del 20 Marzo 2017 e pubblicato sul sito istituzionale;

viste le linee di ricerca delle sezioni dipartimentali e dei professori e ricercatori afferenti al Dipartimento,

con la presente dichiara

la disponibilità ad erogare un’elargizione liberale di Euro ………….. (……………) da destinarsi allo sviluppo della ricerca nell’ambito di …………………….di cui è responsabile scientifico il Prof./Dott. …………………….., impegnandosi al rispetto di quanto previsto dal Codice di autoregolamentazione del Dipartimento per l’accettazione di contributi liberali, approvato dal Consiglio di Dipartimento del 20 Marzo 2017.

Luogo e data

Il Rappresentante legale

………………………………………..