



All.to 16 al Capitolato Sepeciale

SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

OCCORRENTE ALLA CASA CIRCONDARIALE "SAN VITTORE" DI MILANO, ALLE CASE DI RECLUSIONE DI OPERA E BOLLATE DI MILANO, ALL'AMBULATORIO ODONTOIATRICO DI VIA BELDILETTO N. 1, MILANO ED ALLE SEDI DEL SERD AREA PENALE E PENITENZIARIA PRESENTI PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE SAN VITTORE, LA CASA DI RECLUSIONE DI BOLLATE, LA CASA DI RECLUSIONE DI OPERA, L'ISTITUTO PENALE MINORILE CESARE BECCARIA DI MILANO E RELATIVE SEDI TERRITORIALI DELL' ASST SANTI PAOLO E CARLO DI MILANO - CIG 789911296D.

ATTESTAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscrittonato a.....il

residente avia.....

Cod. Fisc..... in qualità di legale rappresentante della **Ditta**

.....con sede invia

.....Cod. Fisc..... Partita Iva.....

Tel.....Fax....., con espresso riferimento alla Ditta che rappresenta,

DICHIARA

che in dataha preso visione dei luoghi, dove dovrà essere espletato il Servizio oggetto del presente appalto, e di tutte le situazioni generali e particolari che possono influire sulla determinazione dell'offerta.

A tal fine allega copia di un valido documento di riconoscimento.

Data.....

FIRMA

Per certificazione dell'avvenuto sopralluogo alla presenza del Responsabile del Procedimento o suo delegato.

FIRMA

N.B.: Il sopralluogo dovrà essere effettuato dal legale rappresentante e/o suo delegato o direttore tecnico dell'impresa munito di valido documento di riconoscimento.