

**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 sottoscritto …………………………………………..nato a………………………………….il …………………

residente a …………………………..……….via…………………………………………………………………..

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

……………………………………………con sede in ………..………………………via ………………………..

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

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

**DICHIARA**

che in data ………………..ha 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.***