

SERVIZIO APPROVVIGIONAMENTI  
Via Pio II n. 3 – 20153 Milano  
Tel 02/40222803 – fax 02/40222560

Atti 515/2009

**MODELLO DI PRESA VISIONE DEI LUOGHI  
( Attestato di Sopralluogo)**

**Procedura aperta per l'affidamento del servizio ausiliario di supporto al servizio infermieristico nei reparti dell'Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo di Milano.**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 del D.P.R. n° 445/2000) per il sopralluogo di cui sopra.**

Io sottoscritto

.....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... Via ..... n. ....

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n°445/2000;

**D I C H I A R O** di essere:  
*(segnare la qualità che identifica il soggetto dichiarante)*

- Rappresentante Legale;
- Titolare di altra carica o qualifica;
- Delegato alla presente procedura

dell'Impresa..... con sede legale in..... ( .....)  
Via..... n° ..... tel..... fax.....  
e\_mail .....

**FIRMA DEL DICHIARANTE** (:.....  
*per esteso) e timbro*

- Allegati :
- 1) fotocopia del documento di identità del dichiarante o
  - 2) delega in originale se delegato +documento di identità del delegante.

SERVIZIO APPROVVIGIONAMENTI  
Via Pio II n. 3 – 20153 Milano  
Tel 02/40222803 – fax 02/40222560

***Riservato alla Stazione Appaltante***

***(attestato di presa visione dei luoghi da allegare nella documentazione di gara)***

Acquisita la suindicata dichiarazione sostitutiva di certificazione, si dà atto che l'impresa così rappresentata dal predetto dichiarante ha preso visione dei luoghi relativi ai servizi di cui all'oggetto in data odierna:

..... *(riportare la data del sopralluogo)*

**Luogo e data** .....

**L'Incaricato** ..... *(firma leggibile e per esteso)*