



REGIONE TOSCANA
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
U.O.C. ACQUISIZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI

OGGETTO:

LOTTO/I.....

CODICE CIG LOTTO/I.....

ATTESTAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

Il/la Sottoscritto/a (funzionario ASL Toscana N/O) _____
nato/a _____ il _____
nella sua qualità di _____
dell'Azienda Toscana Nord Ovest Toscana

ATTESTA

Che in data _____ **la Ditta/** rappresentata dal legale.....
Dati anagrafici con procura allegata e documento di identità

Che ha effettuato il sopralluogo presso l'immobile/i

Il Funzionario Azienda Usl Toscana Nord Ovest

(timbro e firma)

Per la Ditta/

(luogo e data) (firma)

Legale Rappresentante Impresa/e offerente/i

(firma e timbro)

DUE COPIE UNA RILASCIATA ALLA DITTA E UNA TENUTA DAL FUNZIONARIO

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIAN LUIGI FERRI

DATA FIRMA: 03/07/2024 17:15:41

IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562