



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

Nord Ovest

Il Funzionario Azienda Usl Toscana

firma)

(timbro e

Per la Ditta/.....

(luogo e data) (firma)

Legale Rappresentante Impresa/e offerente/i



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

(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: TONCELLI SABRINA

DATA FIRMA: 15/01/2026 13:46:12

IMPRONTA: 64333765303434396565343439643061353862623531393134353661376430393036663137653562