



**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**