



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: BENSA FRANCO

CODICE FISCALE: IT:BNSFNC56P10G912F

DATA FIRMA: 20/05/2019 12:43:35

IMPRONTA: 37613461643761396334616563616361383934633430653236316235656463663635633536613236