



**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**