



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# Azienda Ospedaliero Universitaria Cagliari



## ATTESTAZIONE DI SOPRALLUOGO

Procedura aperta, ai sensi dell'art. 55, D.Lgs. 2006, n. 163, ai fini dell'aggiudicazione di una fornitura in service per l'esecuzione della diagnostica delle malattie autoimmuni

### DICHIARAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il.....a.....Prov .....

.....

In qualità di.....

*(in caso di soggetti diversi dal legale rappresentante specificare il ruolo, che deve risultare anche dall'apposita delega allegata alla presente dichiarazione)*

dell'impresa.....

.....

con sede legale in.....Prov.....

via.....C A P .....

con codice fiscale n.....

.....

con partita IVA n.....

.....

domiciliata, ai fini della presente gara, in .....Prov.....

via.....C A P.....

### DICHIARA

di avere preso visione dello stato dei luoghi nei quali dovrà essere eseguito il servizio oggetto della presente procedura, alla presenza degli incaricati dell'Azienda Ospedaliero Universitaria:

Data.....

Firma del/la Dichiarante (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Per conferma dell'avvenuto sopralluogo (timbro e firma del referente dell'amministrazione - per esteso e leggibile)