

ATTESTATO DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

Si dichiara che il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____,
si è presentato presso questa Azienda Sanitaria ASL 5 il Sig. _____
munito del documento _____
numero _____ del _____ in qualità di:

Rappresentante legale dell'impresa/R.T.I. O Consorzio _____
di _____

munito di delega dell'impresa/R.T.I. O Consorzio _____
di _____
per prendere visione dei luoghi e locali in cui dovranno essere eseguiti i lavori in oggetto.
E' stato pertanto autorizzato a visitare il sito stesso.

Il sottoscritto _____ in qualità
di _____ dichiara di aver preso visione di tutti i luoghi in
cui dovranno essere realizzati i lavori indicati in oggetto.

Per la Ditta _____ Firma _____

Per la Stazione Appaltante _____ Firma _____