



OGGETTO: GARA A PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI  
AUSILIARATO NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL DI LATINA

MODULO PER ATTESTAZIONE SOPRALLUOGO

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di \_\_\_\_\_

autorizzato a rappresentare legalmente l'impresa/società \_\_\_\_\_

partecipante alla gara di cui in oggetto

**DICHIARA**

- di essersi recato presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_

- di avere preso conoscenza dei locali e delle aree, nonché di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dei prezzi ed ha assunto tutte le informazioni necessarie per l'elaborazione dell'offerta.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

VISTO: Servizio infermieristico del P.O. \_\_\_\_\_

rilascia al Sig : \_\_\_\_\_

identificato mediante esibizione del documento \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

ASL Latina

\_\_\_\_\_