



**MODELLO PER LE DICHIARAZIONI RILASCIATE
DAI SOGGETTI CANDIDATI IN ORDINE ALLA PRESA VISIONE DEI LUOGHI**

Il sottoscritto¹ _____
nato a _____ il _____
in qualità di ² _____
e quindi a ciò delegato dalla Impresa ³ _____
con sede legale in _____ CAP _____
Via/Piazza _____ n° _____ Tel: _____ Fax _____

partecipante alla procedura negoziata (cottomo fiduciario) per l'affidamento per la durata di
anni cinque del servizio di sanificazione ambientale, da effettuarsi presso i locali ed aree
esterne di pertinenza del Presidio Ospedaliero di Villa D'Agri

DICHIARA

1. Di aver proceduto in data _____ ad un accurato sopralluogo presso il Presidio Ospedaliero di Villa D'Agri ove deve eseguirsi il servizio di sanificazione ambientale, da effettuarsi presso i locali ed aree esterne di pertinenza, e di aver preso esatta conoscenza degli ambienti, delle aree e di tutte le condizioni e circostanze di luogo e di fatto in cui debbono essere eseguiti i servizi in questione, e delle attività svolte dal committente anche al fine degli eventuali rischi in ambito lavorativo connessi all'espletamento delle attività oggetto dell'appalto ed alle possibili interferenze tra le attività dell'esecutore dell'appalto e l'Azienda Sanitaria, di non aver individuato ostacoli alla perfetta realizzazione del servizio richiesto, di aver preso esatta cognizione degli interventi da svolgere e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dei relativi prezzi sulla cui base è quantificata l'offerta;
2. durante le operazioni di sopralluogo, sono state acquisite tutte le informazioni necessarie per la formulazione della propria offerta;
3. Di non avere dubbi e/o osservazioni da rappresentare in merito ai locali e/o aree visionate, rinunciando ad ogni e qualsiasi pretesa futura eventualmente attribuibile a carente conoscenza della struttura.

Data _____

⁴ FIRMA DEL DICHIARANTE

N.B.: Non è richiesta l'autenticazione di tale sottoscrizione, tuttavia ex art. 38 comma 3 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, occorre trasmettere unitamente al presente modello copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità.

Se il presente modulo è sottoscritto da un procuratore o delegato, la Ditta dovrà allegare copia conforme all'originale della delega e/o della procura generale/speciale di autorizzazione a rappresentare la Ditta.

¹ Cognome e nome, per esteso e leggibile;

² Titolo in base al quale rappresenta la Ditta (titolare, amministratore unico, procuratore, etc.);

³ Denominazione della Ditta

⁴ Firma per esteso e leggibile



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**AZIENDA SANIARIA LOCALE DI POTENZA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLA D'AGRI**

Io sottoscritto _____ in qualità di funzionario dell'Azienda
Sanitaria Locale di Potenza,

D I C H I A R O

Che in data _____ il sig. _____

Nato a _____ il _____

giusta documento di riconoscimento _____

in qualità di (legale rappresentante / procuratore/delegato) _____

a ciò incaricato dalla Società _____

quale risulta dalla delega allegata rilasciata in data _____

ha effettuato sopralluogo presso il Presidio Ospedaliero di Villa D'Agri ove devono eseguirsi il
servizio di sanificazione ambientale, da effettuarsi presso i locali ed aree esterne di pertinenza.

Villa D'Agri li ____ / ____ / _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO
