



Allegato **6**
Num

Regione Siciliana

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
E N N A**

Oggetto: Procedura per l'affidamento di "servizi relativi a Pet Therapy e autismo, per l'U.O.C. Salute Mentale - Servizio di N.P.I.A. dell'ASP di Enna", durata biennale
ATTESTAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

Si attesta che il Sig. _____ identificato mediante documento di riconoscimento _____ (si allega alla presente copia del documento di riconoscimento in corso di validità) in qualità di:

titolare/rappresentante legale (munito di apposita documentazione comprovante la sua figura, da consegnare)

direttore tecnico (munito di apposita documentazione comprovante la sua figura, da consegnare)

dipendente delegato munito di giusta delega del Sig. _____ del
_____/_____/2017 in qualità di _____ (che si
allega alla presente unitamente alla copia del documento di riconoscimento in corso di validità del delegante) dell'impresa / ATI:

_____ P. IVA
_____ con sede legale in _____ Via
_____ ha effettuato il sopralluogo in data
odierna presso gli immobili interessati all'affidamento di cui in oggetto.

Il presente attestato di sopralluogo completo in ogni sua parte e comprensivo degli allegati è redatto in duplice copia di cui una copia per il concorrente che dovrà inserirlo nel plico secondo le indicazioni riportate nella lettera d'invito.

A tal fine, il concorrente, così come indicato sopra, dichiara che le conoscenze acquisite sono soddisfacenti per la corretta valutazione e formulazione dell'offerta, sotto il profilo sia tecnico che economico.

Enna, li _____

Per conferma di quanto sopra riportato e per ricevuta copia attestazione.

Il Responsabile del procedimento
Dr. Filippo La Marca

L'operatore economico

Il Direttore del Dipartimento Salute