**VERBALE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO**

ID15SER002 AFFIDAMENTO DEI SERVIZI MORTUARI

**A CARICO DELLA DITTA**

Il sottoscritto . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . in qualità di titolare o di legale rappresentante dell’Impresa e firmatari dell’offerta, designa per il sopralluogo nei siti oggetto del servizio il Signor . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(timbro e firma leggibile del titolare/ legale

rappresentante dell’Impresa)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . .

Il sottoscritto . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . designato al sopralluogo di cui all’oggetto, dichiara che a seguito del sopralluogo stesso è a conoscenza dei luoghi nonché di tutte le informazioni generali e particolari che possono influire sullo svolgimento del servizio e sulla formulazione dell’offerta.

firma leggibile di chi effettua il sopralluogo

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**A CARICO DELL’AZIENDA SANITARIA**

Si attesta che il Signor . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . dell’Impresa . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

ha effettuato il sopralluogo presso le seguenti strutture

* LOTTO 1 Luogo e data. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

l’incaricato . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(timbro e firma leggibile)

* LOTTO 2 Luogo e data. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

l’incaricato . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(timbro e firma leggibile)

* LOTTO 3 Luogo e data. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

l’incaricato . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(timbro e firma leggibile)

* LOTTO 4 Luogo e data. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

l’incaricato . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(timbro e firma leggibile)

* LOTTO 5 Luogo e data. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

l’incaricato . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(timbro e firma leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . dichiara altresì, ai sensi di quanto previsto dal D. L.vo 196/2003 s.i.m. “Codice in materia di protezione dei dati personali", di impegnarsi a mantenere riserbo assoluto in merito ai dati sensibili "idonei a rivelare lo stato di salute", eventualmente acquisiti durante il sopralluogo.

Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Il sopralluogo dovrà essere effettuato a cura del titolare/legale rappresentante/direttore tecnico dell'impresa munito di valido documento di riconoscimento.**

**Potrà effettuare il sopralluogo anche persona delegata, diversa dalle sopracitate, purché munita di specifica delega con firma autenticata e copia del documento di riconoscimento del delegato e del delegante.**

**Nel caso di R.T.I. o consorzi non ancora costituiti il sopralluogo va eseguito da ciascun soggetto concorrente che intenda consorziarsi o raggrupparsi.**