

Procedura aperta finalizzata all'affidamento delle prestazioni per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico in regime domiciliare e semiresidenziale, compresa la gestione del centro diurno di S. Angelo dei lombardi.

Allegato 4 - ATTESTAZIONE DI SOPRALLUOGO

Il sig. _____ nato a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____ n. ____ nella qualità di:

- **Legale rappresentante;**
 - **delegato (in tal caso deve essere allegata la delega);**

dell'impresa: _____

con sede legale in _____ Via _____,

- Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- partita IVA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

di essersi recato presso il Presidio Ospedaliero "Criscuoli" di S. Angelo dei Lombardi ove risulta ubicato il Centro Semiresidenziale per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico- e di avere preso conoscenza delle condizioni dei locali e di tutte le circostanze generali e particolari che possano influire sulla determinazione dei prezzi ed ha assunto tutte le informazioni necessarie relative ai servizi oggetto dell'appalto, al fine dell'elaborazione dell'offerta.

Data:

(firma leggibile per esteso)

Visto del referente della ASL Avellino per il Centro semiresidenziale per il trattamento dello spettro autistico ubicato presso il P.O. di S. Angelo dei Lombardi (AV) sig/dr. _____
_____ che identifica il Sig. _____
_____, mediante esibizione del documento _____
n. _____ rilasciato il ____/____/____ da _____.

Data:

Per la ASL Avellino