



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL n° 7 Carbonia

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO**

**OGGETTO:** Appalto indetto dalla ASL 7 di Carbonia:  
**servizio di front-office e back-office per gli uffici CUP- ticket situati sul territorio aziendale - CIG n. 5842931B2F**

Il sottoscritto .....  
in qualità di (legale rappresentante o dipendente con specifica delega qui  
allegata).....  
della ditta .....

**DICHIARA:**

di aver preso visione e conoscenza di tutte le circostanze di luogo e di fatto, sia generali che particolari, ivi compresi gli obblighi relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, che possono aver influito sulla determinazione dei prezzi e che potranno incidere sull'esecuzione del servizio oggetto dell'appalto;

mediante sopralluogo presso:

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

dalle ore ..... alle ore ....., unitamente al referente della ASL:

.....

Li .....

Per la ditta

Per la ASL:

Firma .....

Firma .....

N.B Il sopralluogo dovrà essere effettuato alla presenza di un incaricato della ASL. La data dello stesso sarà concordata con le ditte interessate che ne faranno richiesta. Tale richiesta dovrà essere indirizzata a:

Incaricato: coadiutore amministrativo CUP aziendale Sig. Mauro Figus (o suo delegato)  
fax 07813922939- cell. 3204331603 – email: mfigus@aslcarbonia.it