



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# Azienda Ospedaliero Universitaria Cagliari



## ATTESTAZIONE DI SOPRALLUOGO

### PROCEDURA APERTA PER L'AGGIUDICAZIONE DI UNA FORNITURA IN "SERVICE" DI UN SISTEMA AUTOMATICO DI IDENTIFICAZIONE MOLECOLARE DEI VIRUS HPV DESTINATA ALLE ESIGENZE DEL LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE DELL'ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA

#### DICHIARAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

il/la sottoscritto/a.....  
 Nato/a il.....a.....Prov .....

In qualità di.....  
*(in caso di soggetti diversi dal legale rappresentante specificare il ruolo, che deve risultare anche dall'apposita delega  
 allegata alla presente dichiarazione)*  
 dell'impresa.....  
 .....

con sede legale in.....Prov.....  
 via.....C A P. ....

con codice fiscale n.....  
 con partita IVA n.....  
 .....

domiciliata, ai fini della presente gara, in .....Prov.....  
 via.....C A P.....

#### DICHIARA

di avere preso visione dello stato dei luoghi nei quali dovrà essere eseguito il servizio oggetto della presente procedura, alla presenza degli incaricati dell'Azienda Ospedaliero Universitaria:

Data\_\_\_\_\_

Firma del/la Dichiarante (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Per conferma dell'avvenuto sopralluogo (timbro e firma del referente dell'amministrazione - per esteso e leggibile)