

Stazione appaltante: Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

Appalto per la conclusione di un accordo quadro con un unico operatore economico

**LAVORI DI MANUTENZIONE PER LA MESSA A NORMA ANTINCENDIO DEL P.O.
“POLICLINICO DUILIO CASULA” – Lotto 1**

**LAVORI DI MANUTENZIONE PER LA MESSA A NORMA DEL P.O. “SAN GIOVANNI DI
DIO” – Lotto 2**

Con la presente si attesta che il sig. _____,

in qualità di:

- Titolare
- Legale Rappresentante
- Direttore Tecnico
- Dipendente Tecnico Delegato
- Procuratore Speciale

dell'Impresa _____, con sede legale in _____

ha effettuato il sopralluogo tecnico previsto al paragrafo 9.3.2 del disciplinare di gara per il/i seguente/i:

- **Lotto 1**
- **Lotto 2**

e che inoltre:

- o le operazioni di sopralluogo sono state effettuate da persona abilitata a rappresentare l'Impresa (procuratore o delegato);
- o le operazioni di sopralluogo sono state effettuate alla presenza di un soggetto incaricato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari;
- o di aver preso visione delle strutture presso le quali dovranno essere effettuati i lavori oggetto di gara;
- o di aver preso visione dello stato dei luoghi e dei locali nei quali dovranno essere svolte le prestazioni oggetto di appalto;
- o di aver valutato tutti gli aspetti organizzativi, gestionali ed economici necessari ad un corretto espletamento delle prestazioni oggetto dell'appalto;
- o di aver preso completa visione delle dimensioni, consistenza ed organizzazione dei locali e degli impianti presso i quali dovranno essere espletate le prestazioni oggetto della procedura, nonché dello stato tecnico dei relativi impianti ed, in generale, delle condizioni esistenti nei luoghi di esecuzione dell'appalto.

L'Impresa dichiara, altresì, che il sopralluogo effettuato ha consentito la rilevazione di tutti i dati necessari ad una corretta formulazione dell'offerta.

L'Impresa rinuncia ad ogni e qualsiasi pretesa futura eventualmente attribuibile a carente conoscenza delle strutture.

Data del sopralluogo _____

| Per l'Impresa | Per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari |
|---------------------------|---|
| Il Sig. (firma leggibile) | L'incaricato della A.O.U. di Cagliari (firma leggibile) |

Allegare:

1. fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.