

**OGGETTO: PROCEDURA NEGOZIATA PER L’AFFIDAMENTO DI N.1  
INTERVENTO DI MANUTENZIONE AREE VERDI PER I PP.OO. VILLA  
SOFIA, CTO, VIA INGEGNEROS E SEDE LEGALE VIALE STRASBURGO  
DELL’A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO  
CIG: 39225048B1**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in rappresentanza della ditta \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, ai fini della partecipazione alla gara per l’affidamento dell’appalto di cui all’oggetto presso l’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello “.

## DICHARA

che in data \_\_\_\_\_, alla presenza del sig. \_\_\_\_\_ in qualità di rappresentante del Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_ dell’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello “, ha effettuato idoneo sopralluogo presso le aree adibite all’appalto, per una verifica diretta dell’ubicazione degli stessi e a seguito della quale conferma la conoscenza di tutte le condizioni logistiche, operative e tecniche connesse all’appalto in argomento e dei vincoli strutturali ed impiantistici esistenti accettandone tutte le condizioni.

Inoltre ha eseguito una accurata verifica dei luoghi nei quali dovrà essere espletato l’appalto e ciò specificatamente allo scopo di essere reso edotto, ai sensi dell’art. 5 D.P.R. 27/4/1955 n. 547, art. 5 del D.L. 15/8/1991 n. 277 e dall’art. 26 e 28 del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., dei rischi specifici ivi esistenti nonché di conoscere le condizioni ambientali in cui l’appalto dovrà essere espletato.

FIRMA DEL RESPONSABILE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO  _____ DELL’AZIENDA _____ OSPEDALIERA INTERESSATO O PERSONA DELEGATA.	FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA O PERSONA DELEGATA   

Allegare:

- 1) fotocopia di un documento d’identità del sottoscrittore in corso di validità;
- 2) se il presente modulo è sottoscritto da un procuratore o un delegato, la Ditta dovrà allegare copia conforme della delega e/o della Procura Speciale di autorizzazione a rappresentare la Ditta.