



Sede Legale
Viale Strasburgo n.233 - 90146 Palermo
Tel 0917801111 - P.I. 05841780827
U.O.C. Approvvigionamenti
Tel. 091.7808312 Fax. 091.7808394

DICHIARAZIONE DI SOPRALLUOGO

PROCEDURA NEGOZIATA PER AFFIDAMENTO ANNUALE SERVIZIO NOLEGGIO
MATERASSI COMPLETI DI COVER PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA
DECUBITO.

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".

DICHIARA

che in data _____, alla presenza del sig. _____ in qualità di
rappresentante del Presidio Ospedaliero _____ dell'Azienda
....., ha effettuato idoneo sopralluogo presso le aree ed i
locali adibiti 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 SANITARIA INTERESSATO O PERSONA DELEGATA.	FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA O PERSONA DELEGATA

Palermo li _____