ATTESTAZIONE DI SOPRALLUOGO

Procedura Aperta per l'affidamento in concessione del servizio bar ed altri servizi complementari per le necessità dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Il/La sottoscritto/ a_____, incaricato/a dall' A.O.U. BO dichiara che in data _____, alle ore _____ il Sig. _____ con qualifica di _____ (legale rappresentante, procuratore, amministratore, altro (1)) dell'operatore economico _____, (ragione sociale), e identificato mediante documento di identità (Passaporto, Carta d'identità, altro (2)) _____, si è recato personalmente, accompagnato dagli incaricati dell'Azienda, nei luoghi dove dovranno svolgersi i servizi oggetto della presente procedura di gara.

Bologna, ____/____/2026

Firma dell'incaricato dell'AOU BO

_____

Il sig. _____ dichiara di aver preso visione dell'area e dei luoghi in cui si svolgeranno i servizi oggetto della gara ed altresì dichiara di aver piena cognizione delle condizioni di lavoro, nessuna esclusa, nonché di tutte le circostanze che possono influire sulla formulazione dell'offerta di gara, anche ai sensi delle vigenti norme antinfortunistiche.

Dichiara inoltre che le indicazioni fornite sono esaurienti, chiare e che non vi è nulla da eccepire.

Firma dell'incaricato dell'operatore economico

_____