|  |
| --- |
| ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE |
| Direzione regionale Sicilia |

|  |
| --- |
| **ALLEGATO C**  **ATTESTATO DI SOPRALLUOGO**  *Procedura negoziata ai sensi dell’art. 36, comma 2, lett. C) del Dlgs. n. 50/2016 di affidamento dei lavori di “razionalizzazione logistica degli spazi per il rilascio di affittanze ed adeguamento al Dlgs. n. 81/2008 e completamento della ristrutturazione del piano 5° e della pavimentazione del piano 1° dello stabile FIP sito in via Laurana n. 59 – Palermo”.*  *CIG: 68921237D1*  *CUP: F74E16000560005* |

**Via Maggiore Pietro Toselli n. 5 – 90143 Palermo**

**C.F. 80078750587 P.IVA 0212115100**

Con riferimento alle disposizioni della lettera d’invito, con la presente si attesta che il signor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, munito di valido documento di identità personale n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza al: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di

* legale rappresentante
* direttore tecnico
* dipendente delegato dal legale rappresentante (v. delega riportata in calce)
* incaricato per tutti gli Operatori economici raggruppati, aggregati in rete o consorziati dell’Operatore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, alle ore\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, accompagnato dal funzionario INPS all’uopo designato dal Responsabile Unico del Procedimento, ha provveduto ad effettuare il sopralluogo assistito negli ambienti e nelle aree interessati dall’appalto; pertanto, l’Operatore rinuncia ad ogni e qualsiasi pretesa futura eventualmente attribuibile a carente conoscenza dello stato dei luoghi.

per l’OPERATORE ECONOMICO per LA STAZIONE APPALTANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DELEGA AL DIPENDENTE (allegare copia documento di identità del delegante)

Il/La sottoscritto/a: ,

nella sua qualità di *[indicare la carica sociale]*:

dell’ Operatore:

con sede in: Prov.: \_\_\_\_\_

alla via/piazza: n°: \_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dichiara sotto la propria personale responsabilità ai sensi del d.P.R. n° 445/2000 che il signor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è dipendente dell’ Operatore suddetto e, pertanto, lo delega in sua vece ad esperire il sopralluogo in epigrafe.

Data,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ [timbro Operatore] Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_