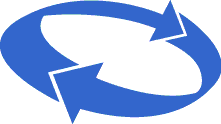


Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione regionale per il Veneto

**ALLEGATO 5**

Affidamento MEDIANTE RDO SUL mE.p.a. , AI sensi DELL’ART.36, comma2,lettera a) DEL D.LGS. 50/2016 per I SERVIZI DI PULIZIA ED IGIENE AMBIENTALE C/O sedi della Direzione regionale INPS del VENETO.

**C.I.G. Z5A23263C7**

**ATTESTAZIONE DI SOPRALLUOGO TECNICO**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legale rappresentante/direttore tecnico/titolare/delegato(\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. aver effettuato il sopralluogo presso i luoghi di esecuzione dei servizi di pulizia e igiene ambientale degli uffici INPS di seguito indicati:

* Direzione regionale – Venezia – S.Croce, 929
* Direzione provinciale Padova – Via Delù,3

1. Di aver ricevuto tutte le illustrazioni e chiarimenti che riteneva necessari e di accettarli espressamente;
2. Di aver ricevuto copia della presente dichiarazione

In fede

lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ / /\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**

(\*)Specificare la qualifica ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si attesta che il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Incaricato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha effettuato il sopralluogo in loco(come da dichiarazione sopra espressa) ha ricevuto tutte le illustrazioni e chiarimenti che riteneva necessari, nonché copia dlla presente dichiarazione.

lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FIRMA referente INPS**

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