



Istituto Nazionale Previdenza Sociale
Direzione regionale Toscana

ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE

Direzione Regionale Toscana

Allegato 12 al Capitolato d'Oneri

VERBALE DI ATTESTAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO

Procedura da svolgersi mediante Sistema dinamico di acquisizione della Pubblica Amministrazione istituito da Consip S.p.A., ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs. 50/2016, suddivisa in 2 lotti, volta all'affidamento del *"Servizio di pulizia, disinfestazione, smaltimento rifiuti speciali e relativi servizi accessori"* per gli immobili della Direzione regionale Toscana dell'INPS

Via del Proconsolo, 10 50122 Firenze

tel. +39 055/4975546

C.F. 80078750587 - P.IVA 02121151001

Con la presente si attesta che il signor: _____,
C.F.: _____, munito di valido documento di identità personale:
_____ n°: _____ rilasciato da:
_____ in data ____/____/____ con
scadenza al: ____/____/____, nella qualità di *[barrare il caso che ricorre]*:

- rappresentante legale dell'impresa/R.T.I. o Consorzio
 - direttore tecnico
 - dipendente delegato dal legale rappresentante (come da delega riportata in calce)
 - incaricato per tutti gli Operatori economici raggruppati, aggregati in rete o consorziati
- per conto dell'Operatore: _____

con sede in : _____ prov.: _____

Partita I.V.A.: _____

il giorno: ____/____/____, alle ore: ____:____, accompagnato dal funzionario INPS all'uopo designato dal Responsabile Unico del Procedimento, ha provveduto ad effettuare il sopralluogo obbligatorio previsto dall'art.2.7 del Capitolato d'Oneri dell'Appalto Specifico per l'affidamento del "Servizio di Pulizia, Disinfestazione, Smaltimenti Rifiuti Speciali e relativi servizi accessori" per gli immobili INPS della Toscana, presso lo stabile della Direzione provinciale/Direzione regionale/Agenzia INPS di _____, Via/Piazza _____

Il sig. _____, come sopra identificato, dichiara di aver preso visione dei locali, di essere consapevole dello stato dei luoghi e di aver acquisito ogni elemento utile al fine della formulazione della propria offerta.

Per l'INPS (nome e cognome del funzionario INPS, timbro e firma)

Per l'Operatore Economico (firma)

DELEGA AL DIPENDENTE DELL'OPERATORE *[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 I.V.A.: _____,

dichiara sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti 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 approvando sin d' ora il

suo operato e rinunciando ad ogni e qualsiasi pretesa futura eventualmente attribuibile a carente conoscenza dello stato dei luoghi.

Data, ____/____/____

Firma e timbro dell'Operatore
