

Allegato D)

DICHIARAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO PER IL SERVIZIO DI DEZANZARIZZAZIONE, DERATTIZZAZIONE E DISINFESTAZIONE PRESSO LE PALAZZINE ISTITUZIONALI E LE AREE INTERNE AL COMPENSORIO ISTITUZIONALE DELL'ENTE

Il/La sottoscritto/a _____
nato /a _____ il _____
in qualità di legale rappresentante della ditta _____
con sede legale in _____ via _____
n. _____ Prov. _____ cap _____ numero di telefono _____
numero di fax _____ mail _____
codice fiscale _____ partita IVA _____

DICHIARA

Di aver preso visione dei luoghi dove si svolgerà il servizio in oggetto in data _____
come da attestazione rilasciata dal responsabile del procedimento o da un suo delegato con
protocollo dell'Istituto n. _____ del _____.

Luogo e data _____

Firma

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI
VALIDITA' DEL DICHIARANTE