ALLEGATO F)

I.P.A.B.

Ospedale P.Toso

Via San Martino 3

CANALE

PROVINCIA DI CUNEO

Canale, lì …………………..

 Affidamento della gestione di due nuclei R.S.A. per un totale di 40 posti letto

 nonché della gestione parziale di un nucleo R.A. di 20 posti letto,

**per il prossimo biennio.**

 Procedura negoziata ex art. 63 dlgs 50/2016

# ATTESTATO DI SOPRALLUOGO

Il sottoscritto responsabile di struttura dell IP.A.B. “ Ospedale P.Toso”

# CERTIFICA

che il Sig. ………………………………………………………….

 in qualità di (titolare – legale rappresentante – direttore tecnico) dell’Impresa …………..

………………………………………………………….

**ha effettuato il sopralluogo nella struttura, nella quale è previsto lo svolgimento del servizio in oggetto, con lo scopo di prendere esatta cognizione delle condizioni che possono influire sulla formulazione della propria offerta.**

IL Responsabile di Struttura

Stefano dott. Berio