**Accordo di Programma del 5/03/2013 per il settore degli investimenti sanitari (Art. 20 L. 67/88) - Intervento N. 6.a**

**riqualificazione dell’Ospedale di Castiglione del Lago (PG)**

##### Procedura APERTA per l’affidamento DELLA direzione esecutiva dei lavori

**CUP F61E15000350003**

**CIG 7021841E7D**

**MODELLO PRENOTAZIONE SOPRALLUOGO**

**da inviare almeno 3 (tre) giorni prima della data di sopralluogo a mezzo PEC all’indirizzo** [**aslumbria1@postacert.umbria.it**](mailto:aslumbria1@postacert.umbria.it)

Il sottoscritto ……………………………………….………………………………………............…......................…..........

nato a ………………………………..………..….……(Prov)…………………….il …….....……..............…….…..........

in qualità di …………………………………………………della società/consorzio………………….....……..........

con sede in ….…………………….....................................................................C.A.P................................. ...….............

piazza/via ……………..............................................................................................………………………........…............

Punti di contatto: Telefono…………………............….Fax…………...........….......PEC………………………..

(***nel caso di Raggruppamenti Temporanei di Professionisti***)

*in nome e per conto dei seguenti soggetti, come da delega che si allega:*

1) denominazione……………………………….…………………………..……………………...………………

con sede in………………………………….....................................................C.A.P.............................................

piazza/via ……………..................................................................................................………………………........

2) denominazione……………………………….…………………………..……………………...………………

con sede in………………………………….....................................................C.A.P.............................................

piazza/via ……………...............................................................................................………………………........

**CHIEDE**

di poter effettuare il sopralluogo delle aree e degli immobili interessati all’incarico cui all'oggetto, come previsto nel bando

**Ospedale di Castiglione del Lago (PG), Piazza Gramsci 1 – Ingresso principale**

**In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., **che il sopralluogo verrà effettuato dal** :

Sig.…………………………............…........ **Professionista/Amministratore munito di poteri di rappresentanza del concorrente**, in possesso di idonea copertura assicurativa per danni o infortuni subiti da cose e persone che venissero a verificarsi all’interno o all’esterno e in occasione del sopralluogo

Sig. …………………………………………. **Dipendente delegato della società**, in possesso di idonea copertura assicurativa per danni o infortuni subiti da cose e persone che venissero a verificarsi all’interno o all’esterno e in occasione del sopralluogo

Sig.…………………………............…........ **Procuratore speciale**, in possesso di idonea copertura assicurativa per danni o infortuni subiti da cose e persone che venissero a verificarsi all’interno o all’esterno e in occasione del sopralluogo

**DICHIARA ALTRESI’**

di manlevare l’Azienda USL Umbria 1 da ogni responsabilità in ordine ad eventi dannosi sia a persone che a cose, che dovessero verificarsi nel corso dei sopralluoghi.

di aver allegato al presente fax:

Procura speciale o generale (atto notarile) nel caso in cui il soggetto non sia presente nella Certificazione della CCIAA

Delega in caso di personale dipendente

Delega in caso Raggruppamenti Temporanei

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma

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

Timbro e firma

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

***Nota bene***

* *Allegare copia documento identità del sottoscrittore e copia documento identità dell’incaricato del sopralluogo*
* *Qualunque soggetto che effettui il sopralluogo deve avere idonea copertura assicurativa per danni o infortuni subiti da cose e persone che venissero a verificarsi all’interno o all’esterno e in occasione del sopralluogo:*

**FAC-SIMILE DI DELEGA PER PERSONALE DIPENDENTE**

**Accordo di Programma del 5/03/2013 per il settore degli investimenti sanitari (Art. 20 L. 67/88) - Intervento N. 6.a**

**riqualificazione dell’Ospedale di Castiglione del Lago (PG)**

##### Procedura APERTA per l’affidamento DELLA direzione esecutiva dei lavori

**CUP F61E15000350003**

**CIG 7021841E7D**

Il sottoscritto ……………………………………….………………………………………............…......................…..........

nato a ………………………………..………..….……(Prov)…………………….il …….....……..............…….…..........

in qualità di …………………………………………………della società/consorzio………………….....……..........

con sede in ….…………………….....................................................................C.A.P................................. ...….............

piazza/via ……………..............................................................................................………………………........…............

**DELEGA**

in suo nome e per suo conto

in quanto valutato competente al compimento delle necessarie verifiche

il Sig……..……………………….…………………………………..………………………………………………………………….

nato a **……………………………………………………….**il …**….....……………….…...............…………**

in qualità di dipendente della propria società, Matricola n……………………..…..…………………….

ad effettuare il sopralluogo sul posto dove deve eseguirsi il servizio in argomento, così da prendere conoscenza delle condizioni locali e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dei prezzi e sulle condizioni contrattuali e che possono influire sulla esecuzione del servizio medesimo.

**DICHIARA**

che il suddetto dipendente ha copertura assicurativa per danni o infortuni subiti da cose e persone che venissero a verificarsi all’interno o all’esterno e in occasione del sopralluogo.

Timbro e firma

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

**FAC-SIMILE DI DELEGA PER RAGGRUPPAMENTI TEMPORANEI DI PROFESSIONISTI**

**Accordo di Programma del 5/03/2013 per il settore degli investimenti sanitari (Art. 20 L. 67/88) - Intervento N. 6.a**

**riqualificazione dell’Ospedale di Castiglione del Lago (PG)**

##### Procedura APERTA per l’affidamento DELLA direzione esecutiva dei lavori

**CUP F61E15000350003**

**CIG 7021841E7D**

Il sottoscritto ……………………………………….………………………………………............…......................…..........

nato a ………………………………..………..….……(Prov)…………………….il …….....……..............…….…..........

in qualità di …………………………………………………della società/consorzio………………….....……..........

con sede in ….…………………….....................................................................C.A.P................................. ...….............

piazza/via ……………..............................................................................................………………………........…............

**DELEGA**

il Sig……..…………………….…………………………………..………………………………………………………………….

nato a……………………………………………………….il **…….....……………………………….…...............…………**

in qualità di ……………………………………………..………………….…………...……………………….……………….

della società Capogruppo/mandante……..………………….………………………………….……………………

con sede in…………………………………………......................................................C.A.P.............................................

piazza/via …………….............................................................................................................………………………........

ad effettuare il sopralluogo sul posto dove deve eseguirsi il servizio in argomento, così da prendere conoscenza delle condizioni locali e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dei prezzi e sulle condizioni contrattuali e che possono influire sulla esecuzione del servizio medesimo.

**n.b. la delega deve essere rilasciata da ciascun soggetto che non partecipa al sopralluogo**

Timbro e firma

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