



REGIONE CAMPANIA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO**  
Via Oderisio - 82100 Benevento  
Telefono 0824 308176-177 centralino 0824 308111  
mail: [area.technica@aslbenevento1.it](mailto:area.technica@aslbenevento1.it)  
pec: [area.technica@pec.aslbenevento.it](mailto:area.technica@pec.aslbenevento.it)

<b>ELABORATO N. 2 - DISCIPLINARE DI GARA – Allegato A6</b> <b>Attestato di presa visione dei luoghi</b>	
<b>Servizi tecnici di ingegneria ed architettura</b>	
Ai sensi dell'art. 61 del D.Lgs. 50/2016 con aggiudicazione secondo il criterio del miglior rapporto qualità/Prezzo ai sensi dell'art. 95, comma 3, lettera b) del D. Lgs. 50/2016 come aggiornato al D.L. n. 32 del 18/04/2019 (c.d. Decreto Sblocca Cantieri) convertito in legge n. 55 del 14/06/2019.	
<b>PROCEDURA RISTRETTA</b> per l'affidamento dell'incarico di progettazione definitiva ed esecutiva coordinamento della sicurezza in fase di progettazione e perizia geologica dei lavori di costruzione del poliambulatorio, distretto sanitario ed altre funzioni di Montesarchio e poliambulatorio di Cautano.	
Programma straordinario interventi ex art. 20 l.67/88 – 3° fase – II stralcio completamento Schede intervento nn. 22 di cui all'Accordo di Programma Integrativo sottoscritto in data 23/8/2019 dalla Regione Campania e dal Ministero della Salute.	
<b>CUP: H13D20000170001</b>	<b>CIG : 8321414810</b>
<b>ID: 02-20-PR</b>	<b>Delibera a contrarre del DG ASL BN</b>

## ALLEGATO A6 – ATTESTATO DI PRESA VISIONE DEI LUOGHI

controfirmato da addetto SC Tecnica ASL BN

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, dipendente dell'U.O.C. Tecnico Manutentiva Amm.va e Patrimonio ASL BN, visto il disciplinare della gara in oggetto, atteso che la ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) è presente in data odierna presso l'UOC Tecnica ASL BN alla via del Pomerio di Benevento per rendere edotti i professionisti mediante visione di planimetria delle aree dove verranno costruiti gli immobili di Montesarchio e Cautano. Ove richiesto dal professionista ci si potrà recare sui luoghi,

### ATTESTA

che il/la Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... (.....) il ..... e residente a ..... (.....), documento di identità ..... n. .... rilasciato da ..... in data .....

in qualità di:

- legale rappresentante dell'Impresa (allegata in copia non autenticata CC.I.AA. o attestato SOA);
- dipendente dell'Impresa munito di specifica delega allegata da parte del legale rappresentante con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore;
- procuratore con allegata copia fotostatica, non autenticata, della relativa procura notarile;
- socio dell'Impresa, munito di specifica delega, con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore;
- direttore tecnico dell'impresa come risultante dall'attestazione SOA (allegata in copia fotostatica non autenticata);

ha preso visione dei luoghi dove devono essere eseguiti i lavori con le modalità di cui sopra..

Benevento, lì .....

Per l'Impresa

ASL BN