

**“ALLEGATO 10”**

**SCHEMA DICHIARAZIONE AVVENUTO SOPRALLUOGO**

Spett.le  
Azienda Ospedaliera  
Istituti Clinici di Perfezionamento  
Via Castelvetro, 22  
20154 Milano

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ in nome e per conto della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_,  
preso visione delle norme e condizioni indicate e contenute nel Disciplinare di gara per  
L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI SISTEMI “IN SERVICE” PER  
L’ESECUZIONE DI ESAMI DI MICROBIOLOGIA E CONTROLLI DI  
SIERO/VIROLOGIA PER L’A.O. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO – CIG n.  
423731354D, con la presente dichiara:

- di essersi recato presso i laboratori di analisi dei **PP.OO. Buzzi, Sesto San Giovanni, e Bassini** e di aver preso visione dei locali e strutture dove dovrà essere eseguita la fornitura;
- di avere preso conoscenza delle condizioni locali e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dei prezzi e sull’esecuzione della fornitura;
- di essere pienamente edotta delle condizioni, circostanze e modalità e di ogni altro rischio specifico o generico inerente l’esecuzione della fornitura e di ogni altro elemento che vi potrebbe influire e di esonerare l’A.O. da qualsiasi responsabilità al riguardo.

Data

\_\_\_\_\_

**Per la DITTA** \_\_\_\_\_

**Funzionari dell’A.O ICP:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_