Allegato I

**ATTESTAZIONE DI AVVENUTO SOPRALLUOGO**

**Procedura aperta, ai sensi del combinato disposto degli articoli 35, comma 1, e 59 del Decreto Legislativo 18 aprile 2016, numero 50, e successive modifiche ed integrazioni, e dell’articolo 2, comma 2, del Decreto Legge 16 luglio 2020, numero 76, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 settembre 2020, numero 120, per l’affidamento, di durata triennale, del servizio assicurativo denominato "*ALL RISK Fabbricati*" per le esigenze dello "*Istituto Nazionale di Astrofisica*".**

**CIG: 87294466B9**

Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (*carica sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* della Compagnia di Assicurazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posta elettronica certificata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATTESTA

di aver effettuato in data : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 personalmente

 a mezzo persona delegata: sig/sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il sopralluogo presso le Strutture oggetto dei servizi assicurativi dello “*Istituto Nazionale di Astrofisica*”, di aver preso visione delle caratteristiche degli stessi e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento del servizio e sulla determinazione del prezzo e di aver preso altresì conoscenza, di tutti gli elementi necessari per la predisposizione dell’offerta e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla determinazione dell’offerta stessa.

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

 FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si attesta che ii Sig. -----------------------------

incaricato da --------------------------------

ha effettuato il sopralluogo in loco (come da dichiarazione sopra espressa), ha ricevuto tutte le illustrazioni e chiarimenti di dettaglio che riteneva necessari, nonché copia della presente dichiarazione.

Data e luogo