

DIPARTIMENTO/SERVIZIO

.....

INDIRIZZO/SEDE

.....

ATTESTAZIONE MENSILE DI CONFORMITA' DEL SERVIZIO

Le seguenti prestazioni

.....

.....

.....

.

sono state eseguite nel **mese** di con esito:

SODDISFACENTE

☐

INSODDISFACENTE

☐

Eventuali osservazioni (a titolo esemplificativo: chiusura sedi oggetto del servizio, segnalazioni di singole prestazioni non eseguite ovvero prestazioni eseguite solo parzialmente, ecc...)

.....

.....

.....

.....

.....

Firma leggibile e timbro Impresa affidataria	Firma leggibile referente e timbro del Servizio/Settore