

**AVVISO URGENTE**

**Oggetto: avviso esplorativo per l'affidamento del servizio di revisione legale dei conti - CIG: Z6F2C5FDD7 - modalità di partecipazione alle sedute pubbliche e posticipo seconda seduta pubblica al 9 giugno ore 12:00.**

In relazione all'avviso esplorativo per l'affidamento del servizio di revisione legale dei conti s'informa che, a seguito dell'allentamento delle misure restrittive causa Emergenza Covid 19, nel rispetto delle disposizioni normative in materia, le sedute pubbliche si terranno presso la sede di Agenzia Mobilità Romagnola - AMR Srl Consortile - in Cesena (47522) Piazza L. Sciascia n. 111.

Potranno assistere alle sedute pubbliche, uno per ogni Operatore Economico, i rispettivi rappresentanti legali o i loro procuratori/delegati (muniti di apposita procura/delega atta a dimostrare i poteri di rappresentanza).

Si comunica inoltre che, fermo restando la data fissata per la prima seduta pubblica il giorno 26 maggio 2020 alle ore 12:00, la seconda **seduta pubblica per l'apertura delle offerte economiche è posticipata al giorno 9 giugno ore 12:00.**

Si allega la dichiarazione (allegato 5 al "*Protocollo di regolamentazione per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro del 24/04/2020*" adottato da AMR) che dovrà essere debitamente compilata e consegnata prima dell'ingresso nei locali di AMR.

Cesena, 21 maggio 2020.

All. scheda n. 5

**IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO  
ARCH. GUIDO GUERRIERI**

	<b>ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO DI REGOLAMENTAZIONE PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO DEL 24 APRILE 2020</b>	Documento:	PROTOCOLLO ANTICONTAGIO: CORONAVIRUS
		Revisione:	01
		Data:	27/04/2020
		Pagina n.	18 di 20

**SCHEDA N. 5**

## Dichiarazione

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Società \_\_\_\_\_

1. Negli ultimi 15 giorni, ha avuto contatti con qualcuno presentava sintomi come tosse e/o febbre o con qualcuno che è risultato contagiato da COVID-19?

SI  
NO

4. Ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni?

-Rialzo temperatura oltre 37.2°

SI  
NO

-Tosse

SI  
No

-Peggioramento condizioni di salute

SI  
NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_