

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI

Al sensi dell'art.29 comma 3 lett. A) del D. Lgs. 25 luglio 1998, n.286 così come modificato dalla Legge 15 luglio 2009, n.94

SCHEDA DI RILEVAZIONE

per unità immobiliare identificata catastalmente come Cat. A

secondo i parametri tecnici contenuti nel **Decreto 5 luglio del 1975 del Ministero della sanità**
(da compilarsi a cura di tecnico abilitato iscritto ad apposito albo/collegio)

Su richiesta del:

Sig./a

.....
.....

nato/a a (.....) il
...../...../..... residente a

..... in Via n.c. Int.

In qualità di: proprietario affittuario
Altro titolo:

Indicare il nominativo del proprietario dell'immobile:

.....
per l'alloggio sito in **Perano** - Via

..... n.c. Int.

piano, identificato catastalmente al N.C.E.U. al foglio, Mapp.
....., sub.,

realizzato in conformità al Titolo Edilizio N° del

Sulla base del sopralluogo effettuato in data/...../....., consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, dichiaro quanto segue:

caratteristiche dei locali dell'unità immobiliare ad uso residenziale:

denominazione locale	superficie mq.	altezza ml.	rapporto illuminante	rapporto aerante
soggiorno				
Cucina				
soggiorno con angolo cottura				
camera A				
camera B				
camera C				
camera D				
bagno A				
bagno B				
Ingresso				
disimpegni				
ripostigli				
TOTALE				

In caso di altezza interna dei vani utili (cucina, camera, soggiorno, ecc.) inferiore a ml. 2.70, dei vani accessori (bagni, disimpegni, ripostigli, ecc.) inferiore a ml. 2,40, di alloggio monostanza

(comprensivo di servizi) inferiore a mq.28,00 o di rapporti aeroilluminosi inferiori a 1/8:

condono L. Sanatoria n° del

Intestata a

concessione edilizia in sanatoria n° del

D.I.A. in sanatoria n° del

note:

trattasi di alloggio monostanza:

Si No

locali rifiniti (non allo stato grezzo):

Si No

collocazione vani abitabili al di sopra del livello terreno circostante:

Si No

disponibilità di un servizio igienico dotato di vaso, bidet, vasca da bagno o doccia, lavabo:

Si No

il/i servizio/i igienico/i è/sono aerato/i tramite:

finestre aspiratore meccanico con scarico all'esterno No

il locale cucina o angolo cottura è dotato di cappa o sistema di espulsione all'esterno dei fumi cottura:

Si No

L'alloggio nel suo complesso è dotato di allacciamento idrico, elettrico e fognario:

Si No

I locali risultano "asciutti", privi di umidità e/o muffe, senza tracce di condensazione permanente o infiltrazioni di acque piovane:

Si No

Se no specificare:

altre notazioni:

l'impianto elettrico è dotato di interruttore magnetotermico differenziale (salvavita da 30mA funzionale), messa a terra dell'impianto e non sono presenti parti elettriche in tensione a vista e accessibili:

Si No

il locale cucina, in caso di uso di gas metano o bombole GPL, è dotato di aerazione diretta (ventilazione permanente verso l'esterno di almeno 100cmq. Collocata in basso):

Si No

Piano cottura: Si No a gas di rete GPL
elettrico

Forno: Si No a gas di rete GPL elettrico

Termocoppia di sicurezza (piano cottura a gas): Si No

Termocoppia di sicurezza (forno a gas) Si No

Rubinetto chiusura gas (interno) Si No

Tubo gas di raccordo, se presente, non scaduto: Si No

Tipo riscaldamento ambiente: centralizzato autonomo

Se autonomo, l'alimentazione è fornita da:

gas di rete GPL legna carbone combustibile liquido energia elettrica

altro

è presente la dichiarazione di conformità dell'installazione di caldaie (D.M. 04/08/2013) e del 10/04/2010
manutenzione dell'impianto termico: Si No

il generatore di calore a fiamma è:

stagno rispetto all'ambiente non stagno rispetto all'ambiente
installato all'esterno dei locali di abitazione

nel caso di generatore di tipo non a camera stagna installato internamente, il locale dove è installato
il generatore è diverso dal bagno o dalla camera da letto ed è dotato di ventilazione permanente
verso l'esterno adeguata (min. 100cmq netta) e di condotto di evacuazione dei fumi all'esterno:

Si No

Presenza di caminetti nel locale di installazione della caldaia o attigui:

Si No

Produzione acqua calda per usi sanitari: elettrica a gas/GPL a camera stagna

a gas/GPL non a camera stagna con ventilazione diretta

altro.....

assente

note:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conclusioni:

in base ai risultati dell'accertamento dei requisiti igienico-sanitari suddetti, l'alloggio
si può considerare idoneo

non si può considerare idoneo

il tecnico abilitato rilevatore

Cognome e nome (compilare in stampatello)

Numero iscrizione Albo/Collegio: C.F.:

Firma per esteso

Timbro iscrizione Albo/Collegio

Petano,

IN CASO DI ACCERTAMENTO POSITIVO IL RICHIEDENTE E' EDOTTO ED E' CONSAPEVOLE CHE:

- SOTTO LA SUA RESPONSABILITA' DEVE MANTENERE FUNZIONANTI I REQUISITI DI SICUREZZA.
- SUCCESSIVE MODIFICHE RIGUARDANTI LA DISTRIBUZIONE INTERNA DELL'ALLOGGIO E/O IMPIANTI INVALIDANO IL PRESENTE RILIEVO.

Petano,

IL RICHIEDENTE

.....