



ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DI IDONEITA' ABITATIVA
ai sensi dell'art. 29 comma 3 lettera a) del D.Lgs. 25/07/1998 n. 286 come modificato dalla Legge 15/07/2009 n. 94

SCHEDA DI RILEVAZIONE PER UNITA' IMMOBILIARE
secondo i parametri tecnici richiesti dal Decreto Ministero Sanità del 5 luglio 1975
(da compilarsi a cura di tecnico abilitato)

su richiesta del:

Sig./Sig.ra
nato/a a (.....)
il/...../.....tel.....residente/domiciliato a
in via/piazza nc.
per l'alloggio sito in Zelo Buon Persico
via/piazza nc piano
identificato al N.C.E.U. al Foglio, Mapp....., Sub.....

**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**

denominazione locale	Superficie mq (calpestabile)	Altezza regolare?	Aero illuminazione regolare?
soggiorno		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
cucina		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Soggiorno con angolo cottura		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Camera A		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Camera B		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Camera C		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Camera D		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Bagno A		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Bagno B		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ingresso		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
disimpegni			
ripostigli			
altro			
TOTALE			

L'alloggio è conforme alla planimetria catastale acquisita agli atti SI NO
se NO specificare



- trattasi di alloggio monostanza: 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 SI NO
- l'alloggio nel suo complesso è dotato di allacciamento: idrico elettrico fognario gas
- acqua potabile all'interno dell'alloggio: SI NO
- i locali risultano "asciutti", privi di umidità e/o muffe,
senza tracce di condensazione permanente o infiltrazioni: SI NO
se no specificare:
.....
- il locale cucina, in caso di uso di gas metano o bombole GPL, è dotato di aerazione diretta (ventilazione permanente verso l'esterno): SI NO
- se presenti bombole GPL, sono collocate all'esterno in apposito vano: SI NO
- piano cottura: SI NO a gas di rete GPL elettrico
- forno: SI NO a gas di rete GPL elettrico
- rubinetto chiusura gas (interno): SI NO
- tipo riscaldamento ambiente: centralizzato autonomo teleriscaldamento
- se autonomo, l'alimentazione è fornita da:
gas di rete GPL legna... carbone... combustibile liquido... energia elettrica...
- 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 A o B (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 e di condotto di evacuazione dei fumi all'esterno: 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
assente
- è presente la dichiarazione di conformità degli impianti a gas?: SI NO
- è presente la dichiarazione di conformità degli impianti elettrici?: SI NO
- è presente il libretto di manutenzione impianto (in caso di riscaldamento autonomo)?: SI NO



note:.....
.....
.....

conclusioni:

In base ai risultati dell'accertamento dei requisiti igienico-sanitari e di idoneità abitativa, di cui al DM Sanità 5 luglio 1975, **l'alloggio:**

si può considerare idoneo per n° persone

non si può considerare idoneo

Il tecnico abilitato rilevatore:

Cognome e Nome (compilare in stampatello)

.....
numero iscrizione all'Albo/Collegio: recapito telefonico.....

Firma e timbro per esteso
Zelo Buon Persico,

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

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

IL RICHIEDENTE (**firma per esteso da apporre in fase di ritiro attestazione**)

.....