

SCHEDA DI RILEVAZIONE PER UNITA' IMMOBILIARE

secondo i parametri tecnici richiesti dal Decreto Ministero Sanità del 5 luglio 1975

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DI IDONEITA' ABITATIVA ai sensi del D.Lgs. n. 286/1998 e s.m.i.

(da compilarsi a cura di TECNICO ABILITATO IN STAMPATELLO e trasmesso con firma digitale o autografa con DOCUMENTO DI IDENTITA')

IL SOTTOSCRITTO TECNICO ABILITATO

Cognome e Nome _____

numero iscrizione all'Albo/Collegio: _____ Prov _____ Ordine _____ recapito telefonico _____

PEC _____

SU RICHIESTA DEL

Sig./ra _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____ tel _____

residente/domiciliato a _____ in via _____ n _____

PER L'ALLOGGIO SITO IN SAN GIULIANO MILANESE

via _____ n _____ piano _____

identificato al N.C.E.U. al Foglio _____ Mapp _____ Sub _____

sulla base del SOPRALLUOGO effettuato in data ____/____/____, in qualità di tecnico asseverante, preso atto di assumere la qualità di persona esercente un servizio di pubblica necessità ai sensi degli articoli 359 e 481 del Codice Penale, consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA 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"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ingresso		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
disimpegni		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
ripostigli		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
altro		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
TOTALE					

• trattasi di alloggio monostanza?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• disponibilità di un servizio igienico dotato di vaso, bidet, vasca da bagno o doccia, lavabo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• il/i servizio/i igienico/i è/sono aerato/i tramite:		
o finestre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o aspiratore meccanico con scarico all'esterno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• l'alloggio nel suo complesso è dotato di allacciamento:		
o idrico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o elettrico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o fognario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o gas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o acqua potabile all'interno dell'alloggio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• i locali risultano "asciutti", privi di umidità e/o muffe, senza tracce di condensazione permanente o infiltrazioni? se no specificare _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• il locale cucina, in caso di uso di gas metano o bombole GPL, è dotato di aerazione diretta (ventilazione permanente verso l'esterno)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• se presenti bombole GPL, sono collocate all'esterno in apposito vano?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• piano cottura (indicare la tipologia):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o a gas di rete		
o GPL		
o elettrico		
• forno (indicare la tipologia):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o a gas di rete		
o GPL		
o elettrico		
• rubinetto chiusura gas (interno)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• tipo riscaldamento ambiente (indicare la tipologia):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
o centralizzato		
o autonomo		
o teleriscaldamento		
Se autonomo, l'alimentazione è fornita da:		
o gas di rete		
o GPL		
o Legna		
o Carbone		
o combustibile liquido		
o energia elettrica		
• il generatore di calore a fiamma è:		
o stagno rispetto all'ambiente		
o non stagno rispetto all'ambiente		
o 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

• produzione acqua calda per usi sanitari ○ elettrica ○ a gas/GPL a camera stagna ○ a gas/GPL non a camera stagna con ventilazione diretta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• è presente la dichiarazione di conformità degli impianti a gas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• è presente la dichiarazione di conformità degli impianti elettrici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• è presente il libretto di manutenzione impianto (in caso di riscaldamento autonomo)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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 e rispetta le normative igienico sanitarie e di sicurezza tale per cui può essere utilizzato come abitazione per il numero di persone indicato.

non si può considerare idoneo per i seguenti motivi:

Data e Luogo _____ Firma e timbro per esteso o firma digitale _____

N.B. Allegare documento di identità del tecnico firmatario

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 _____