

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 _____