

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DI IDONEITA' ABITATIVA

Scheda di rilevazione per unità immobiliare
(da compilarsi a cura di un tecnico abilitato iscritto al Collegio)

Su richiesta del:

Sig./a (cognome/nome)	_____		
nato/a a _____	_(_____)	il C.F.	_____
residente/domiciliato a _____			_____
in via _____	_____ n.		_____
tel./cell. _____	_____ e-mail _____		per _____
l'alloggio sito in ABBIATEGRASSO – Via _____ piano _____ scala ___ int. ___ identificato al N.C.E.U. al fg. _____ mapp. _____ sub. _____			

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	SUP. mq (calpestabile)	Altezza m.	Areo illuminazione regolare	
Soggiorno			SI	NO
Cucina			SI	NO
Sogg. con angolo cottura			SI	NO
Camera A			SI	NO
Camera B			SI	NO
Camera C			SI	NO
Camera D			SI	NO
Ingresso			SI	NO
Disimpegni			SI	NO
Ripostigli			SI	NO
Bagni			SI	NO
TOTALE				

- **L'alloggio è conforme alla planimetria catastale acquisita agli atti:** SI NO

Se NO specificare _____

- **Trattasi di alloggio mono stanza:** SI NO

- **Disponibilità di un servizio igienico dotato di vaso, bidet, vasca da bagno o doccia, lavabo:**

SI NO

- **Il/i servizio/i igienico è/sono aerato/i tramite:** finestre - aspiratore meccanico SI - 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 - FOGNARIO
 GAS

SI - NO

Acqua potabile all'interno dell'alloggio:

- **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 gas metano o bombole GPL, è dotato di areazione 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

- **Cappa di aspirazione/elettro ventola:** SI - NO

- **Rubinetti chiusura gas (interno):** SI - NO

- **Tipo riscaldamento:** centralizzato - autonomo - teleriscaldamento

- **Se autonomo, l'alimentazione è fornita da:**

gas di rete - GPL - legna - combustibile liquido - energia elettrica

- **E' presente la dichiarazione di conformità dell'installazione della caldaia ed il libretto di manutenzione impianto:** 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 A o B (non 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

note: _____

CONCLUSIONI:

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

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____	_____
Con studio (città) _____ Via/Piazza _____	_____
_____ dei/degli _____	_____
di _____ con il n° _____	d'iscrizione _____
recapito tel. _____	mail/pec _____

ACCERTA

- la sussistenza dei requisiti igienico-sanitari stabiliti dal D.M. 5 luglio 1975;
- la sussistenza degli impianti elettrico, termico ed idraulico conformi alle norme generali di sicurezza;
- l'assenza di segni di dissesto statico;

PERTANTO DICHIARA CHE L'ALLOGGIO E' DA CONSIDERARSI:

idoneo per n. _____ persone
 non si può considerare idoneo

Data _____

Firma del Tecnico incaricato _____