

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DI IDONEITA' ABITATIVA

ex D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 e s.m.i.

SCHEDA DI RILEVAZIONE PER UNITA' IMMOBILIARE

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

IL SOTTOSCRITTO TECNICO ABILITATO

Cognome e Nome.....
iscritto al di num.
tel.
PEC.....

SU RICHIESTA DI

Sig./ra
nato/a a (.....)
il...../...../..... tel.....
residente/domiciliato a in via
n.
in qualità di ☐ Proprietario ☐ Locatario dell'appartamento

PER L'ALLOGGIO SITO IN CINISELLO BALSAMO UBICATO IN

via/piazza n
piano..... scala int
identificato al N.C.E.U. al Foglio Mapp.....Sub.....

sulla base del sopralluogo effettuato in data/...../....., in qualità di tecnico
asseverante, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così
come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Caratteristiche dei locali dell'unità immobiliare come da rilievo :

Denominazione locale	Superficie mq (calpestabile)	Altezza regolare?	Aeroilluminazione e regolare? SI o NO
Soggiorno		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Cucina		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Soggiorno con angolo cottura		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Camera A		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Camera B		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Camera C		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Camera D		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Bagno A		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Bagno B		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Ingresso		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Disimpegni		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Ripostigli		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
Altro		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
TOTALE Mq da rilievo			
Mq dell'unità immobiliare da visura catastale (escluso aree scoperte)			

1. L'alloggio è conforme alla planimetria catastale acquisita agli atti?

☐ SI ☐ NO

se NO, specificare:

.....

.....

.....

2. L'alloggio è dotato di certificazione di abitabilità/agibilità?

☐ SI ☐ NO

se SI, specificare il numero pratica/protocollo:

.....

.....

3. Trattasi di alloggio monostanza?

☐ SI ☐ NO

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

☐ SI ☐ NO

5. Il/i servizio/i igienico/i è/sono aerato/i tramite:

☐ finestre ☐ aspiratore meccanico con scarico all'esterno

6. Il locale cucina o angolo cottura è dotato di cappa collegata all'esterno o sistema di espulsione all'esterno dei fumi cottura?

☐ SI ☐ NO

7. L'alloggio nel suo complesso è dotato di allacciamento:

☐ idrico ☐ elettrico ☐ fognario ☐ gas

8. Acqua potabile all'interno dell'alloggio?

☐ SI ☐ NO

9. I locali risultano "asciutti", privi di umidità e/o muffe, senza tracce di condensazione permanente o infiltrazioni?

☐ SI ☐ NO

se NO,

specificare:

10. Sono presenti bombole GPL?

☐ SI ☐ NO

se SI, sono collocate all'esterno in apposito vano?

☐ SI ☐ NO

11. Presenza di Piano cottura? (se SI, indicare la tipologia):

☐ SI ☐ NO

☐ a gas di rete ☐ GPL ☐ elettrico

12. Presenza di Forno? (se SI, indicare la tipologia):

- SI ☐ NO ☐
☐ a gas di rete ☐ GPL ☐ elettrico

13. In caso di uso di gas metano o GPL, il locale in cui è collocato il piano cottura e/o il forno è dotato di aerazione diretta (ventilazione permanente verso l'esterno)?

- ☐ SI ☐ NO

14. Rubinetto chiusura gas (interno):

- SI ☐ NO ☐

15. Tipo riscaldamento ambiente:

- ☐ centralizzato ☐ teleriscaldamento ☐ autonomo

16. Se Riscaldamento autonomo, l'alimentazione è fornita da:

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

17. Se Riscaldamento autonomo, il generatore di calore a fiamma è:

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

18. Se Riscaldamento autonomo, 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

19. Tipo produzione acqua calda per usi sanitari:

- ☐ centralizzato ☐ teleriscaldamento ☐ autonomo

20. Se autonomo, lo scaldacqua è di quale tipologia:

- ☐ elettrico ☐ a gas/GPL a camera stagna
☐ a gas/GPL non a camera stagna, con ventilazione diretta
☐ a gas/GPL non a camera stagna, con ventilazione assente

21. E' presente la dichiarazione di conformità degli impianti a gas?

☐ SI ☐ NO

22. E' presente la dichiarazione di conformità degli impianti elettrici?

☐ SI ☐ NO

23. E' presente il libretto di manutenzione impianto (in caso di riscaldamento autonomo)?

☐ SI ☐ NO

Eventuali 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 tali per cui può essere utilizzato come abitazione per il numero di persone sopra indicato

☐ non si può considerare idoneo per i seguenti motivi:

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

Data e luogo

Firma e timbro del tecnico rilevatore

.....

.....

- SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL TECNICO FIRMATARIO

N.B. 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.