

**ACCERTAMENTO dei REQUISITI IGIENICO-SANITARI**

ai sensi dell'art. 29 comma 3 lettera a) del D. Lgs.25 luglio 1998, n. 286 come modificato dalla Legge 15 luglio 2009, n. 94

**SCHEDA DI RILEVAZIONE***per unità immobiliare identificata catastalmente come Cat. A***secondo i parametri tecnici contenuti nella presente scheda approvati con D.G.C. n°85 del 03.05.2010**

(da compilarsi a cura di tecnico abilitato iscritto ad apposito albo/collegio)

**Su richiesta del:**

Sig./a.....

nato/a a ..... (.....) il ...../...../.....

residente a ..... in via ..... nc. ....

in qualità di: proprietario affittuario messo a disposizione dal datore di lavoro altro: .....

indicare il nominativo del proprietario dell'immobile: .....

per l'alloggio sito in SUSA – via ..... nc. ....

piano ....., identificato al N.C.E.U. al Foglio ....., mappale....., sub.....

di cui **si allega alla presente:** n. 1 copia:

planimetria catastale in scala 1:200

rilievo dello stato di fatto in scala 1:100 o comunque quotato e firmato da un tecnico abilitato

copia del progetto approvato

**Il sottoscritto, tecnico incaricato, 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 ad uso residenziale:**

<i>denominazione locale</i>	<i>superficie mq</i>	<i>altezza m</i>	<i>Superficie aeroilluminante</i>	<i>Rapporto aeroilluminante</i>
soggiorno				
cucina				
soggiorno con angolo cottura				
camera A				
camera B				
camera C				
camera D				
bagno A				
bagno B				
ingresso				
disimpegni				
ripostigli				
<b>TOTALE</b>				

**in caso di altezza interna dei vani utili (cucina, camera, soggiorno, ecc.) inferiore a m 2,70, dei vani accessori (bagni, disimpegno, ripostigli, ecc.) inferiore a m 2,40, di alloggio monostanza (comprensivo dei servizi) inferiore a mq 28,00 o di rapporti aeroilluminanti dei vani utili inferiori ad 1/8, indicarne i titoli edilizi abilitativi:**

**Dati tecnici dell'unità immobiliare:**

- |   |                                 |    |                          |    |                          |
|---|---------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. accesso all'edificio:  | sicuro sotto l'aspetto statico: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
|   | illuminato:                     | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| accesso all'abitazione:   | sicuro sotto l'aspetto statico: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
|   | illuminato:                     | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 2. trattasi di alloggio monostanza:   |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 3. locali rifiniti (non allo stato grezzo):   |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 4. locali tinteggiati privi di forature nelle quali possano annidarsi insetti o altri animali pericolosi per la salute:                   |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 5. collocazione vani abitabili al di sopra del livello del terreno circostante:   |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 6. disponibilità di un servizio igienico dotato almeno di lavabo, wc, doccia o vasca:   |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 7. il/i servizio/i igienico/i è/sono aerato/i tramite finestre o aspiratore meccanico con scarico all'esterno                             |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 8. Il locale cucina è dotato di aerazione diretta e, in caso di uso di gas, di ventilazione permanente verso l'esterno:                   |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 9. il locale cucina o angolo cottura è dotato di cappa o sistema di espulsione all'esterno dei fumi cottura:                              |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 10. l'alloggio è dotato nel suo complesso di allacciamento idrico, elettrico, fognario:   |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| 11. i locali risultano "asciutti", privi di umidità e/o muffe, senza tracce di condensazione permanente o infiltrazioni di acque piovane: |                                 | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| se no specificare: .....  |                                 |    |                          |    |                          |

**altre notazioni:**

- |   |  |                          |                          |                                  |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 12. L'impianto elettrico è dotato di interruttore magnetotermico differenziale (salvavita da 30 mA funzionante) messa a terra dell'impianto e non sono presenti parti elettriche in tensione a vista ed accessibili:  |  | si                       | <input type="checkbox"/> | no                               | <input type="checkbox"/> |
| 13. tipo riscaldamento ambiente:  |  | centralizzato            | <input type="checkbox"/> | autonomo                         | <input type="checkbox"/> |
| se centralizzato: l'alimentazione è fornita da:   |  | gas di rete              | <input type="checkbox"/> | GPL                              | <input type="checkbox"/> |
|   |  | legna                    | <input type="checkbox"/> | carbone                          | <input type="checkbox"/> |
|   |  | combustibile liquido     | <input type="checkbox"/> | energia elettrica                | <input type="checkbox"/> |
| se autonomo: l'alimentazione è fornita da:  |  | gas di rete              | <input type="checkbox"/> | GPL                              | <input type="checkbox"/> |
|   |  | legna                    | <input type="checkbox"/> | carbone                          | <input type="checkbox"/> |
|   |  | combustibile liquido     | <input type="checkbox"/> | energia elettrica                | <input type="checkbox"/> |
| 14. in presenza di riscaldamento autonomo di qualsiasi natura il locale dove è installato l'apparecchio riscaldante è dotato di ventilazione permanente verso l'esterno e l'apparecchio di riscaldamento (ad eccezione degli impianti ad energia elettrica) è dotato di condotto di evacuazione dei fumi all'esterno: |  | si                       | <input type="checkbox"/> | no                               | <input type="checkbox"/> |
| il generatore di calore a fiamma è: stagno rispetto all'ambiente  |  | <input type="checkbox"/> |                          | non stagno rispetto all'ambiente | <input type="checkbox"/> |
| installato all'esterno dei locali di abitazione   |  | <input type="checkbox"/> |                          |                                  |                          |
| 15. è presente la dichiarazione di conformità dell'installazione della caldaia ed il libretto di manutenzione dell'impianto termico   |  | si                       | <input type="checkbox"/> | no                               | <input type="checkbox"/> |
| 16. il locale cucina, in caso di uso di gas metano o bombole GPL, è dotato di aerazione diretta (ventilazione permanente verso l'esterno di almeno 100 cmq collocata in basso):   |  | si                       | <input type="checkbox"/> | no                               | <input type="checkbox"/> |

17. se presenti bombole GPL, sono collocate all'esterno in apposito vano  
 con collegamento rigido al rubinetto interno: si  no
18. produzione acqua calda per usi sanitari: assente  elettrica
- a gas/GPL a camera stagna  a gas/GPL non a camera stagna con ventilazione diretta

**note:**.....  
 .....  
 .....

Superficie netta totale dell'unità immobiliare: mq \_\_\_\_\_  
 Numero totale di persone per cui si richiede il certificato di idoneità abitativa: n° \_\_\_\_\_  
 Numero massimo di abitanti ammessi nell'unità immobiliare

N° persone	Standard abitativo mq	VERIFICATO	NON VERIFICATO
1 persona	Almeno mq 28		
2 persone	Almeno mq 38		
3 persone	Almeno mq 42		
4 persone	Almeno mq 56		
5 persone	Almeno mq 66		
6 persone	Almeno mq 76		
7 persone	Almeno mq 86		
8 persone	Almeno mq 96		

**conclusioni:**

in base ai risultati dell'accertamento dei requisiti igienico-sanitari suddetti, l'alloggio:

- si può considerare idoneo  
 non si può considerare idoneo

.....

**il tecnico abilitato rilevatore:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Professione: \_\_\_\_\_ N° di iscrizione all'ordine/collegio profess.: \_\_\_\_\_  
 Con studio in: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_  
 Telefono n°: \_\_\_\_\_

Susa, \_\_\_\_\_

**Firma del tecnico abilitato rilevatore**

Timbro di iscrizione ordine/collegio prof.le

\_\_\_\_\_

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.

Susa, \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**

\_\_\_\_\_