

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO SANITARI E DI IDONEITA' ALLOGGIATIVA

(ai sensi del D.Lgs. N 286/1998 s.m.i.)

SCHEDA DI RILEVAZIONE PER UNITA' IMMOBILIARE

secondo i parametri tecnici richiesti dal Decreto Ministero Sanità del 05.07.1975

da compilarsi a cura di un tecnico abilitato su richiesta del:

Sig/Sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ di cittadinanza _____ residente in _____

Via _____ n° _____ Telefono _____ per

l'alloggio ubicato a _____ in Via _____ civ. nr. _____

N.C.E.U. al foglio _____ mapp, _____ sub _____ ;

Finalizzato al rilascio del:

- 1 - contratto di soggiorno per lavoro subordinato ai sensi dell'art. 5 bis D.Lgs. 286/98 e art. 8 bis DPR 394/99;
- 2 - permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo ai sensi dell'art. 9 D.lgs 286/98 art. 16 D.P.R. 394/99;
- 3 - ricongiungimento familiare ai sensi dell'art. 29 D.lgs 286/98 art. 6 D.P.R. 394/99.

Sulla base degli accertamenti effettuati in data _____, il sottoscritto tecnico abilitato rilevatore consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n 445/2000, dichiara quanto segue in ordine alle caratteristiche dei locali dell'unità immobiliare:

DIMENSIONE LOCALI	SUPERFICIE MQ (calpestabile)	Altezza (conforme al DM 5/7/75 o inferiore ma regolarizzata con titoli in sanatoria o con provvedimenti irrogativi di sanzione pecuniaria, oppure riconducibile alla tolleranza costruttiva art. 19bis L.R. 23/04)	Aereo illuminazione (conforme al DM 5/7/75 o inferiore ma regolare per conformità ai requisiti vigenti all'epoca di esecuzione dell'immobile o regolarizzata con titoli in sanatoria o con provvedimenti irrogativi di sanzione pecuniaria, oppure riconducibile alla tolleranza costruttiva art. 19bis L.R. 23/04)
Soggiorno	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cucina	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sog.o con ang. cottura	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Camera Letto 1	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Camera Letto 2	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Camera Letto 3	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Camera Letto 4	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Camera Letto 5	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bagno	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Disimpegni	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ripostigli	mt. ___ x ___ = mt. ____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altro			
Superficie Utile Tot. MQ.			

PRECISAZIONI DEL TECNICO IN ORDINE AD EVENTUALI ANOMALIE RILEVATE SUI PUNTI SOPRA DESCRITTI O SU POSSIBILI RISCONTRI "NEGATIVI" ALLE CASELLE INDICATE ("SI" - "NO")

Il riscontro negativo ("NO") ad una o più delle caselle sopra indicate può condizionare il buon esito della istanza in argomento.

SI ALLEGA, al fine di dare contezza dell'assetto distributivo dell'alloggio:

A) PLANIMETRIA CATASTALE AGGIORNATA DELL'ALLOGGIO, IN SCALA 1:200

oppure:

B) STRALCIO GRAFICO DEL PROGETTO APPROVATO (TITOLO EDILIZIO, TITOLO IN SANATORIA O REGOLARIZZAZIONE CON SANZIONE)

oppure:

C) RILIEVO DELLO STATO DI FATTO DELL'ALLOGGIO IN SCALA 1:100, FIRMATO DAL TECNICO INCARICATO

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 servizi igienico/i è/sono areato/i tramite finestre aspirazione meccanica con scarico all'esterno l'alloggio nel

suo complesso è dotato di allacciamento idrico elettrico fognario gas acqua potabile all'interno

dell'alloggio; Si NO

I locali risultano privi di umidità e/o muffe, senza tracce di condensazione permanente o infiltrazioni Si NO

SE "NO", specificare meglio.....

Il locale cucina, in caso di gas metano o bombole GPL, è dotato di aerazione diretta (ventilazione permanente verso l'esterno) Si NO

Se presenti bombole di GPL, sono collocate all'esterno in apposito vano e comunque adeguatamente custodite: Si NO

Piano cottura : Si NO a gas di rete GPL elettrico

forno : Si NO a gas di rete GPL elettrico

rubinetto chiusura gas (interno) Si NO

Tubo gas di raccordo, se presente, non scaduto Si NO

tipo di riscaldamento ambiente: centralizzato autonomo teleriscaldamento

se autonomo, l'alimentazione è fornita da:

gas di rete GPL legna carbone combustibile liquido energia elettrica

è presente il libretto di manutenzione impianto (riscaldamento autonomo)? si NO

Il generatore di calore a fiamma è:

stagno rispetto all'ambiente a camera aperta rispetto all'ambiente installato all'esterno dei locali di abitazione

Nel caso di generatore di tipo A o B (non a camera stagna E QUINDI A CAMERA APERTA) 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 di evacuazione dei fumi all'esterno Si NO

produzione di acqua calda per usi sanitari:

elettrica a gas/GPL a camera stagna a gas GPL non a camera stagna con ventilazione diretta assente

L'impianto elettrico è dotato a valle del contatore di interruttore magnetotermico differenziale (salvavita) da 30 mA funzionante e non sono presenti parti elettriche in tensione a vista e accessibili Si NO

PRESENZA DELLE CERTIFICAZIONI IMPIANTISTICHE (DI.CO. o DI.RI.) AI SENSI DI LEGGE :
(SENZA OBBLIGO DI ALLEGARLE)

è presente la dichiarazione di conformità (Di.Co) o di rispondenza (Di.Ri.) degli impianti a gas (ove esistenti) rilasciata da Ditta abilitata? si no

è presente la dichiarazione di conformità (Di.Co) o di rispondenza (Di.Ri.) degli impianti elettrici rilasciata da Ditta abilitata? si no

è presente la dichiarazione di conformità (Di.Co) o di rispondenza (Di.Ri.) dell'impianto di riscaldamento, rilasciata da Ditta abilitata? si no

è presente la dichiarazione di conformità (Di.Co) o di rispondenza (Di.Ri.) dell'impianto idrico-sanitario, rilasciata da Ditta abilitata? si no

L'assenza delle predette Di.Co o Di.Ri. costituirà elemento ostativo al rilascio dell'accertamento dei requisiti igienico sanitari e di idoneità abitativa.

Spazio note.....
.....

CONCLUSIONI

In base ai risultati dell'accertamento dei requisiti igienico sanitari e di idoneità abitativa, di cui al DM Sanità del 5.07.1975, l'alloggio è :

- idoneo per ospitare n. _____
- non è idoneo per ospitare n. _____ per le seguenti motivazioni _____

IL TECNICO ABILITATO RILEVATORE

Cognome Nome _____

nr. Iscrizione all'Albo/Collegio _____ cell. _____

FIRMA e TIMBRO _____

In caso di accertamento positivo il richiedente è edotto ed è consapevole che sotto la propria responsabilità deve mantenere funzionanti i requisiti di sicurezza.

GLI INTERESSATI SONO ALTRESI' CONSAPEVOLI CHE LA PRESENTE – AL PARI DELL'ACCERTAMENTO RILASCIATO DAL COMUNE - NON COSTITUISCE DICHIARAZIONE DI AGIBILITA' DELL'IMMOBILE NE' SOSTITUISCE QUALUNQUE ATTESTAZIONE DI CONFORMITA' AI SENSI DI LEGGE.

Il Richiedente (firma per ritiro attestazione) _____

PARTE RISERVATA AGLI UFFICI COMUNALI

In base ai risultati dell'accertamento dei requisiti igienico sanitari e di idoneità alloggiativa si esprime parere:
positivo
negativo Motivazione _____

l'alloggio:

Visto il numero di persone _____ già residenti,
di cui n. _____ minori di anni 18
di cui n. _____ in fase di cancellazione anagrafica

SI può considerare idoneo per n° _____ persone,

NON si può considerare idoneo perché: _____