



## ALLEGATO N. 1

### **ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DI IDONEITÀ ABITATIVA**

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

#### **SCHEDA DI RILEVAZIONE PER UNITÀ IMMOBILIARE**

Secondo i parametri richiesti dal Decreto del Ministero della Sanità del 5 luglio 1975  
( da compilarsi a cura di tecnico abilitato iscritto al Collegio)

Su richiesta del

Sig./a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ nc \_\_\_\_\_

per l'alloggio sito in Gorgonzola – Via \_\_\_\_\_ nc \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_

Identificato al N.C.E.U. al Foglio \_\_\_\_\_ mapp. \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

**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:**

indicare solo gli spazi di abitazione o locali accessori aventi le caratteristiche stabilite dal R.L.I ovvero sup. minima e verifica dei rapporti aeroilluminanti

Denominazione locale	Superficie mq (calpestabile)	Altezza ml	Aero illuminazione regolare?	Finestre
Soggiorno > 14 mq			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Cucina			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Soggiorno con angolo cottura > 14 mq			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Camera A			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Camera B			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Camera C			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Camera D			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Bagno A			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Bagno B			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ingresso			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Disimpegni			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ripostigli			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Altro			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
TOTALE			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

Denominazione locale	Superficie mq (calpestabile)	Altezza ml	Aero illuminazione regolare?	Finestre
Monostanza > mq			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

l'alloggio è conforme alla planimetria catastale acquisita agli Atti:  
se NO specificare:

SI

NO



## ALLEGATO N. 1

Disponibilità di un servizio igienico dotato di vaso, bidet, vasca da bagno o doccia, lavabo: SI  NO

Il/i servizio/i igienico/i è/sono aerato/i tramite: finestre aspiratore meccanico con scarico all'esterno SI  NO

Il locale cucina o angolo di 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

Acqua potabile all'interno dell'alloggio SI  NO

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

SI  NO

SE NO SPECIFICARE: \_\_\_\_\_

Le stanze da letto, il soggiorno, la cucina sono provvisti di finestra apribile? SI  NO

Il locale cucina, in caso di uso di gas metano o bombole GPL, è dotato di aerazione 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

Con sfogo all'esterno SI  NO

Rubinetto chiusura gas (interno): SI  NO

Tipo riscaldamento ambiente: centralizzato  autonomo  teleriscaldamento

Se autonomo, l'alimentazione è fornita da:

gas di rete  GPL  legna  carbone  combustibile liquido  energia elettrica

è 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 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

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, l'alloggio e sulla base del seguente conteggio:

1. Superficie calpestabile:  
mq. \_\_\_\_\_ (A)

2. Superficie in base al numero massimo di abitanti insediabili (art. 2 comma 1 DMS 5/7/75):

n. abitanti \_\_\_\_\_ x 14 = mq. \_\_\_\_\_

n. abitanti \_\_\_\_\_ x 10 = mq. \_\_\_\_\_

TOTALE = mq. \_\_\_\_\_ (B)

Verifica (A) > (B)



CITTÀ DI  
**GORGONZOLA**

## ALLEGATO N. 1

Si può considerare idoneo per n. \_\_\_\_\_ persone

Non si può considerare idoneo

### **Il tecnico abilitato rilevatore:**

Cognome e Nome (compilare in stampatello) \_\_\_\_\_

Numero iscrizione all'Albo/Collegio: \_\_\_\_\_ recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

TIMBRO e Firma per esteso \_\_\_\_\_

Gorgonzola, \_\_\_\_\_

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 per esteso da apporre all'atto del ritiro dell'attestazione)

\_\_\_\_\_

Allegati:

**rilievo geometrico debitamente quotato in scala 1:100 con calcolo R.A.I. e con indicazione delle destinazioni d'uso dei locali**