



**AREA GOVERNO E SVILUPPO DEL TERRITORIO**  
**Settore Governo del Territorio**

**ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DI IDONEITA' ABITATIVA**

**SCHEDA DI RILEVAZIONE PER UNITA' IMMOBILIARE**

Di cui ai parametri tecnici richiesti dal Decreto Ministero Sanità del 5 Luglio 1975

(da compilarsi a cura di tecnico abilitato)

Il sottoscritto tecnico incaricato .....

C.F.....Iscritto all'ordine/albo.....

nato/a a .....il..... con studio a .....

in via ..... n. .... tel. ....

Pec ..... (obbligatoria) mail .....

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- di assumere la qualità di persona esercente un servizio di pubblica necessità ai sensi degli artt. 359 e 481 del Codice Penale (cfr. art. 29, comma 3, D.P.R. n. 380/2001) con l'applicazione delle relative sanzioni penali in caso di falsa attestazione;
- di essere consapevole che verrà data comunicazione al competente Ordine/Collegio professionale per l'irrogazione delle sanzioni disciplinari e all'autorità giudiziaria per dichiarazioni non veritiere nella relazione tecnica di asseverazione (cfr. art. 29, comma 3, D.P.R. n. 380/2001);

**ASSEVERA**

su richiesta del Sig./a.....

nato/a a ..... il ...../...../..... stato.....

residente/domiciliato a ..... in via .....

nc. .... tel. .... (obbligatorio)

**per l'alloggio sito in BRESSO** – via ..... nc

..... piano..... identificato al N.C.E.U. al Foglio ....., Mapp.....

Sub.....

**finalizzata a:**

ricongiungimento familiare

altri motivi \_\_\_\_\_

sulla base del sopralluogo effettuato in data ...../...../....., quanto segue:

- **caratteristiche dei locali dell'unità immobiliare:**

denominazione locale	superficie mq (calpestabile)	altezza regolare		Aero illuminazione regolare	
Soggiorno		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
cucina		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
soggiorno con angolo cottura		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
camera A		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
camera B		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
camera C		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
camera D		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
bagno A		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
bagno B		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ingresso		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
disimpegni		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
ripostigli		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
altro		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
TOTALE					

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

se NO, specificare

.....  
 .....

trattasi di alloggio monostanza:  SI  NO

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

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:

.....

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

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...

**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

è presente la dichiarazione di conformità degli impianti a gas?: SI  NO

è presente la dichiarazione di conformità degli impianti elettrici?: SI  NO

è presente il libretto di manutenzione impianto (in caso di riscaldamento autonomo)? SI  NO

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 visitato

- si può considerare idoneo per n°...... persone;
- non si può considerare idoneo

**Il tecnico abilitato rilevatore:**

Firma e timbro per esteso .....

Bresso, .....

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 in fase di ritiro attestazione).

Firma per esteso .....