

## ACCERTAMENTO CONDIZIONI IGIENICO SANITARIE ALLOGGIO

A richiesta del Signor/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via/p.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di: ☐ proprietario ☐ conduttore ☐ ospite dell'alloggio ☐ altro: \_\_\_\_\_

è stato effettuato il **sopralluogo presso l'abitazione sita in** \_\_\_\_\_

(età abitazione : realizzata ☐ dopo il 1975, ☐ tra 1896 e 1975 ☐ prima del 1896)

**rilevando quanto segue:**

trattasi di ☐ alloggio improprio (☐ box auto, ☐ baracca, ☐ altro \_\_\_\_\_)

☐ alloggio monolocale di superficie totale di m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ comprensiva del servizio igienico

☐ alloggio con più vani

• Altezza minima dei locali non inferiore a m. 2,70 (per locali accessori altezza media non inferiore a m. 2,40)

☐ SI ☐ NO- note \_\_\_\_\_

• È disponibile un servizio igienico dotato dei quattro apparecchi (lavabo, WC, bidet, vasca o doccia), ricambio d'aria (direttamente o con aspirazione meccanica), antibagno (Le latrine non potranno mai aprirsi direttamente nella cucina o in altra camera di abitazione IM 1896) e dotato di allacciamento idrico e alla fognatura:

☐ SI ☐ NO- note \_\_\_\_\_

• N. \_\_\_\_ vani\* di superficie minima di 9m<sup>2</sup>, da adibire a camera da letto per 1 persona ( dimens vani : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ )

• N. \_\_\_\_ vani\* di superficie minima di 14 m<sup>2</sup>, da adibire a camera da letto per 2 persone ( dimens vani : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ )

• Soggiorno\* di superficie  $\geq 14 \text{ m}^2$  ☐ SI (dimensioni \_\_\_\_\_ ) ( ☐ senza angolo cottura, ☐ con angolo cottura)

☐ NO (soggiorno assente, altre note \_\_\_\_\_)

• Presenza di locale cucina\* ☐ SI ☐ NO- note \_\_\_\_\_

• E' presente sistema di aspirazione fumi, vapori, esalazioni nella cucina/piano cottura ☐ SI ☐ NO note \_\_\_\_\_

\*stanze da letto, soggiorno e cucina devono essere provvisti di finestra apribile e illuminazione diretta. Note ( es: RAI <1/8) \_\_\_\_\_

• Presenza nell'alloggio di un sistema di riscaldamento ☐ SI ☐ NO- note \_\_\_\_\_

• Tracce di umidità permanente dovuta a capillarità, condensa o igroscopicità

☐ NO ☐ SI ☐ eliminabili/ ☐ NON eliminabili con normali interventi di manutenzione

☐ in un vano \_\_\_\_\_

☐ in più vani \_\_\_\_\_

☐ Altre criticità ( ☐ mancata disponibilità di acqua potabile; ☐ Servizi igienici con scarico assente o inadeguato ☐ condizioni di degrado tali da pregiudicare l'incolumità degli occupanti

Data \_\_\_\_\_ Nome operatore in stampatello e firma \_\_\_\_\_

Nome operatore in stampatello e firma \_\_\_\_\_