



# COMUNE DI RIARDO

(Provincia di Caserta)

## UFFICIO TECNICO

Via Ugo Foscolo 5 ☎ 0823/1310108

e-Mail: [utc.riardo@virgilio.it](mailto:utc.riardo@virgilio.it) - [Pec.areatecnica.riardo@asmepec.it](mailto:Pec.areatecnica.riardo@asmepec.it)

C.F.80011310614 – P. Iva 01551140617

### Domanda certificato di idoneità alloggiativa

**Del Comune di Riardo  
Sportello Unico Edilizia**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

quale proprietario o usufruttuario dell'immobile sito alla via/piazza \_\_\_\_\_

visto il regolamento comunale approvato con Delibera di Consiglio Comunale nr.25 del 17 giugno 2020.

#### CHIEDE

il rilascio del certificato di idoneità dell'alloggio che si trova a \_\_\_\_\_ in Via/piazza \_\_\_\_\_

in catasto al foglio \_\_\_\_ particella \_\_\_\_ sub \_\_\_\_ per cessione dell'immobile

Si allega:

- Copia titolo di proprietà relativo all'alloggio;
- visura catastale e planimetria quotata dell'alloggio in idonea scala redatta da tecnico abilitato;
- scheda di rilevamento da redigersi a cura di un tecnico abilitato prevista dal D.L.G.S. 268/98 come da Schema allegato;
- certificazione di conformità degli impianti e dichiarazione di fornitura utenze domestiche;
- attestazione versamento diritti amministrativi di € 25,00 sul C.C.P. 14108815;
- copia documento di identità del richiedente.
- Marca da bollo da €16,00

Riardo \_\_\_\_\_

Firma leggibile  
\_\_\_\_\_

# SCHEMA DI RILEVAZIONE

Su richiesta del/della:

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE	Sig./Sig.ra Codice fiscale Nato/a a: (Comune) Residente in: (Comune) Indirizzo E-mail	Prov. Prov. N.	II C.A.P. Tel. Fax
-----------------------------	--	----------------------	-----------------------------

per l'alloggio sito in RIARDO (CE):

DATI FABBRICATO	Indirizzo Piano/i	nr.
DATI CATASTALI	Foglio/i Sub	Particella/e

il sottoscritto rileva quanto segue:

1)	Accesso all'edificio:	Sicuro staticamente	SI	NO
2)	Accesso all'abitazione:	Sicuro staticamente	SI	NO
		Illuminato	SI	NO
3)	Altezza minima interna dei locali adibiti ad abitazione uguale o maggiore di m 2.70 <i>(art. 1 c. 1 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
4)	Altezza minima dei locali adibiti a corridoi, disimpegni, bagni, gabinetti e ripostigli uguale o maggiore di m 2.40 <i>(art. 1 c. 1 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
5)	Per ogni abitante è assicurata una superficie utile abitabile non inferiore a mq 14 per i primi 4 abitanti ed a mq 10 per ciascuno dei successivi <i>(art. 2 c. 1 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
6)	Alloggio monostanza <i>(art. 3 D.M. Sanità 5 luglio 1975): Qualora si tratti di alloggio monostanza barrare la casella e compilare i punti sottostanti</i>		SI	NO
	a)	<u>Per una persona</u> con superficie minima, comprensiva di servizi, uguale o superiore a mq 28		
	b)	<u>Per due persone</u> con superficie minima, comprensiva di servizi, uguale o superiore a mq 38		
7)	Presenza di n. camera/e da letto con superficie netta cadauna di almeno mq 9 (se per una persona) e mq 14 (se per due persone), aventi areazione diretta e almeno una finestra apribile, che siano diversi da cucina e servizi <i>(art. 2 c. 2 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
8)	Presenza di una stanza soggiorno di almeno mq 14 avente almeno una finestra apribile <i>(art. 2 c. 3 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
9)	Il locale cucina è dotato di una finestra apribile <i>(art. 2 c. 4 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
10)	L'alloggio nel suo complesso è dotato di riscaldamento e la temperatura dell'aria interna è compresa tra i 18 °C ed i 20 °C in tutti gli ambienti abitati e nei servizi, ad esclusione dei ripostigli <i>(art. 4 c. 1-2 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
11)	Le superfici interne delle parti opache delle pareti non presentano tracce di condensazione permanente <i>(art. 4 c. 3 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
12)	Tutti i locali, eccetto quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, ripostigli, corridoi, vani-scala e ripostigli sono dotati di illuminazione naturale diretta e l'ampiezza delle finestre assicura un fattore di luce diurna medio non inferiore al 2% e, comunque, la superficie finestrata apribile non risulta essere inferiore a 1/8 della superficie del pavimento <i>(art. 5 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
13)	Viene assicurata, in ogni caso, l'aspirazione dei fumi, vapori ed esalazioni nei punti di produzione (cucine, gabinetti, ecc.) prima che si diffondano <i>(art. 6 D.M. Sanità 5 luglio 1975)</i>		SI	NO
14)	Presenza di almeno una stanza da bagno dotata dei seguenti impianti igienici: vaso, bidet, vasca da bagno o doccia, lavabo, fornita di apertura all'esterno per il ricambio		SI	NO

	d'aria o dotata di impianto di aspirazione meccanica (art. 7 D.M. Sanità 5 luglio 1975)		
15)	I materiali utilizzati per l'alloggio garantiscono un'adeguata protezione acustica degli ambienti per quanto concerne i rumori di calpestio, rumori da traffico, rumori da impianti o apparecchi installati nel fabbricato, rumori o suoni aerei provenienti da alloggi contigui e da locali o spazi destinati a servizi comuni come da normative vigenti al momento della richiesta (art. 8 D.M. Sanità 5 luglio 1975)	SI	NO
16)	L'alloggio nel suo complesso è dotato di allacciamento idrico, elettrico e fognario	SI	NO
17)	L'impianto elettrico è dotato, a valle del contatore, di interruttore magnetotermico differenziale e non sono presenti parti elettriche in tensione a vista accessibili	SI	NO

### **COMPOSIZIONE DELL'ALLOGGIO**

Camera/e n.		mq		mq		mq		mq		mq
Cucina mq		Cucinino mq		Sala mq		Salotto mq				
Soggiorno mq		Servizi igienici n.		mq		mq		mq		
Disimpegni mq		Ripostigli mq		Ingressi mq		Altro mq				
Superficie totale dell'alloggio (vani abitabili+vani accessori) .....										mq
Superficie Utile Abitabile dell'alloggio .....										mq
Numero di persone per le quali si chiede la certificazione di idoneità abitativa:										
Già presenti n.		(di cui n.		minori)						
Ulteriori n.		(di cui n.		minori)						
<b>TOTALI N.</b>		<b>(di cui n.</b>		<b>minori)</b>						

### **ALTRE ANNOTAZIONI**

Presenza contatore del gas	SI:	Interno all'abitazione		NO	
		Esterno all'abitazione			
Riscaldamento ambiente	Centralizzato con acqua calda centralizzata		SI	NO	
	Autonomo con produzione di acqua calda		SI	NO	
In caso di impianto autonomo l'alimentazione è fornita da:					
Gas di rete	Legna	Carbone	Combustibile liquido	Energia elettrica	
Piano cottura e sue dotazioni:					
Piano cottura	SI	NO	A gas di rete	GPL	Elettrico
Forno	SI	NO	A gas di rete	GPL	Elettrico

### **CONCLUSIONI**

Dall'esito dei risultati dell'accertamento effettuato mediante sopralluogo in data , il sottoscritto tecnico rilevatore **DICHIARA** che per il numero di persone sopra indicato, in base ai requisiti previsti dal Decreto Ministeriale Sanità del 5 luglio 1975, per il quale se ne assevera la conformità,

**l'alloggio È IDONEO ad ospitare n. persona/e.**

**Il Tecnico rilevatore:**

Titolo nome e cognome (da compilare in stampatello)

Numero di iscrizione Ordine/Albo/Collegio Recapito telefonico

Data,

**Il Tecnico Rilevatore**

(Timbro e firma per esteso/Firma digitale)