

Allegato 1

## DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI

...I... sottoscritt.....  
 nat. a ..... il ...../...../.....  
 con studio a ..... Via .....  
 n. .... (tel. ....)  
 iscritto al Collegio/Ordine .....  
 della Provincia di ..... al n° .....  
 in qualità di Tecnico incaricato dal Sig. ....  
 quale proprietario dell' appartamento sito in .....  
 in Via ..... n° ..... int. .... lett. ....  
 e censito in catasto al foglio ..... particella ..... sub. ....

### DICHIARA

a seguito di sopralluogo in data ..... presso l'appartamento sopra identificato,

1) che lo stesso è composto dai seguenti ambienti:

- N. .... camere per una superficie utile di complessivi mq....., di cui:
- Camere letto mq.....
- soggiorno mq.....,
- cucina mq.....,
- bagno mq..... e n. ....wc per mq.....,
- il tutto per una superficie utile totale di mq. ....
- h. min. interna mt..... ; h. max interna mt.....

2) che l'appartamento in oggetto sopra citato ha una capacità alloggiativa di max ..... persone;

**3) possiede i requisiti igienico-sanitario** previsti dal Regolamento Comunale, nonché ai sensi del D.M. Sanità 5.07.1975 in quanto **sono presenti**, installati a norma di legge e funzionanti:

- l'impianto elettrico
- l'impianto di riscaldamento
- l'impianto di acqua potabile

.....

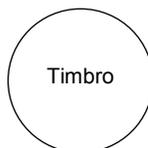
.....

### Non sono presenti

- tracce di muffa e umidità alle pareti e soffitti.
- .....

Data .....

Il Tecnico



.....