



MUNICIPIO DELLA CITTÀ DI PATTI

CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA

III SETTORE – SERVIZI TERRITORIALI E URBANISTICI – SERVIZIO 1
PIANIFICAZIONE URBANA E EDILIZIA PRIVATA

Timbro del protocollo

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DI IDONEITÀ ABITATIVA

ai sensi del D.Lgs. n. 286/1998 e s.m.i. secondo i parametri tecnici richiesti dal Decreto Ministero Sanità del 5 luglio 1975

e Determina di Giunta n. del

(da compilarsi a cura di tecnico iscritto al Albo/Collegio)

Il sottoscritto/a tecnico

cognome.....nome.....

C.F.Nato/a a (.....)

residente.....(.....) in vian.c.....

iscritto all'Ordine / Colleggio di al n.dal

.....PECrecapito telefonico

SU RICHIESTA DEL/LA SIG./RA

Sig./a

nato/a a(.....)

(.....) il/...../..... residente(.....)

in vianc.

in qualità di :

☐ proprietario ☐ locatario ☐ altro.....

per l'alloggio sito in Patti (ME) – via

Piano.....Scala.....identificato al Catasto al FoglioMapp.....Sub... classe ...

regolarità dell'immobile(estremi titolo edilizio – C.E./ P.D.C./

altro.....

estremi eventuali precedenti idoneità alloggio.....

estremi del proprietario dell'immobile se diverso dal richiedente

tel.....

FINALIZZATA A:

- ☐ ricongiungimento familiare;
☐ rinnovo permesso di soggiorno;
☐ Decreto Flussi;
☐ Altro;.....

ASSEVERA

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi del D.P.R. 445/2000 e ss.mm. ii.), sotto la propria responsabilità:

Regolarità urbanistica

- ☐ licenza edilizia/concessione edilizia/permesso di costruire n. del
☐ autorizzazione edilizia n. del
☐ altro n. del
☐ attestato abitabilità/agibilità/SCA n. del
☐ altro n. del

caratteristiche dei locali dell'unità immobiliare ai sensi del Decreto Ministeriale Sanità del 05/07/1975 e s.m.i.

denominazione locale	superficie mq (calpestabile)	altezza regolare	finestra – balcone	
ingresso		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
soggiorno		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
cucina		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
soggiorno con angolo cottura		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
camera letto		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
camera letto		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
camera letto		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
camera letto		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
bagno A		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
bagno B		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
ripostiglio		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
ripostiglio		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
altro		SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐
Totale (superficie)				

da allegare obbligatoriamente a scelta fra i due:

- ☐ planimetria catastale in scala, aggiornata e corrispondente allo stato di fatto;
☐ rilievo planimetrico in scala, rispondente allo stato di fatto.

CONCLUSIONI:

sulla base del sopralluogo presso l'appartamento del Sing./ra
nato/a ail
residente a Patti in vianc.....

Il sottoscritto tecnico in dataha effettuato sopralluogo presso su detto appartamento in base ai risultati dell'accertamento dei requisiti igienico-sanitari e di idoneità abitativa, di cui al DM Sanità 5 luglio 1975 **ASSEVERA:**

che l'alloggio sito in Patti via nc. identificato in Catasto al foglio..... map..... sub, **si può considerare idoneo: per n°..... (.....) persone adulte, e per n° (.....) minori per un TOTALE (.....) di persone ai fini dell'Attestazione dell'Idoneità Alloggiativa.**

Il tecnico abilitato asseveratore:

Cognome e Nome (compilare in stampatello)
numero iscrizione all'Albo/Collegio:
(.....)
recapito telefonico.....
Firma e timbro per esteso
li.....

Allega: FOTOCOPIA FIRMATA IN ORIGINALE del documento di identità in corso di validità

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del codice in materia di protezione dei dati personali, D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), autorizza il Comune di Patti al trattamento dei dati personali forniti, esclusivamente nell'ambito del procedimento in oggetto.

