

CITTÀ DI CAVALLERMAGGIORE
Ufficio Tecnico

AUTOCERTIFICAZIONE
per la CONFORMITÀ ALLE NORME
IGIENICO SANITARIE

(art. 20 comma 1 - D.P.R. 06.06. 2001 n. 380 e s.m.i.)

Allegato alla domanda del permesso di costruire.

Spett.le
Ufficio Tecnico
del Comune di
CAVALLERMAGGIORE

RELAZIONE di autocertificazione ai sensi dell'art. 20 – comma 1 del D.P.R. 06.06.2001, n. 380
e s.m.i.

Oggetto:

.....
.....
.....

Localizzazione intervento:

Proprietà:

.....

Il sottoscritto (C.F.
.....) nato a il, con
studio a in – tel.
....., iscritto al
de..... della Provincia di, al
n., nella sua qualità di progettista dell'intervento di cui all'oggetto, con-
sapevole delle responsabilità che assume con la presente dichiarazione e delle san-
zioni stabilite dalla Legge nei confronti di chi attesta il falso

AUTOCERTIFICA

la piena conformità, nulla escluso, degli interventi da realizzare, di cui alla domanda di
permesso di costruire di cui all'oggetto, presentata in data
(prot. n.) da parte de..... Sig.
....., alle norme igienico-sanitarie, il tutto come me-
glio specificato nella allegata scheda.

.....

Il Progettista (Timbro e Firma)

.....

VISTO del richiedente

.....

SCHEDA DI CERTIFICAZIONE

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Via/Piazza/Regione: _____

Foglio _____ mapp.: _____

TIPO DI INTERVENTO

Nuova costruzione Ristrutturazione Ampliamento

Altro: _____

AREA DI P.R.G.C.: _____

PARTICOLARI DI PROGETTO

1) EVIDENZIARE IN PLANIMETRIA E RIPORTARE DI SEGUITO LE DISTANZE DA:

- CIMITERI (se presenti nel raggio di mt. 200) mt. _____
- POZZI DI ACQUA POTABILE (se presenti nel raggio di mt. 200)
AD USO PUBBLICO : mt. _____ AD USO PRIVATO: mt. _____
- ALLEVAMENTI DI ANIMALI (se presenti nel raggio di 50 mt.)
- CONCIMAIE (se presenti nel raggio di mt. 50)

2) LOCALI DI ABITAZIONE E/O CON PERMANENZA DI PERSONE

- PROTEZIONE DALL' UMIDITÀ PER LOCALI SITI A PIANO TERRA
 - a) altezza pavimento rispetto al piano campagna sistemato cm _____
 - b) è prevista la realizzazione di:
 - intercapedine aerata perimetrale esterna, di dimensioni di cm _____
 - vespaio aerato di altezza cm _____
 - altro: specificare (o allegare relazione) _____
- IL LOCALE CUCINA È PROVVISORIO DI CANNA AUTONOMA SFOCIANTE SUL TETTO PER ESTRAZIONE VAPORI ? (SI) (NO)

3) SERVIZI IGIENICI

- NUMERO : _____
(in caso di più servizi igienici, i dati richiesti in seguito dovranno essere precisati per ciascun locale).
- AERAZIONE
 - naturale diretta meccanica, con canna indipendente, sfociante sul tetto
- SPESSORE MURATURA : cm _____
- OGNI UNITÀ ABITATIVA È DOTATA DI ALMENO UN SERVIZIO IGIENICO COMPLETO DEGLI ACCESSORI MINIMI RICHIESTI ? (water, lavabo, doccia o vasca da bagno): (SI) (NO)

4) SCALE INTERNE (se collegano più di due piani):

- SONO AERATE VERSO L'ESTERNO : (SI) (NO)

5) SEMINTERRATI :

- ALTEZZA FUORI TERRA : mt _____

- PROTEZIONE DALL'UMIDITÀ

- () vespaio aerato o cantina sottostante: Altezza cm _____
() intercapedine aerata esterna: dimensioni altezza cm _____ larghezza cm _____
() nessuna particolare protezione
() altro, specificare : _____

- SONO PREVISTI SISTEMI DI VENTILAZIONE SUSSIDIARIA ALTERNATIVA ? : (SI) (NO)
se SI, specificare le caratteristiche tecniche dell'impianto, comprensive del ricambio medio orario di aria esterna : _____

6) INTERRATI :

- SONO AERATI VERSO L'ESTERNO DIRETTAMENTE ? (SI) (NO)

Se NO, specificare il sistema di aerazione: _____

7) SOTTOTETTI :

- SONO DESTINATI AD USO ABITABILE ? (SI) (NO)

Se NO, specificare il sistema di aerazione: _____

8) SOPPALCHI :

- SUPERFICIE SOPPALCO : mq _____

- SUPERFICIE LOCALE DA SOPPALCARE : mq _____

- AERAZIONE

a) superficie fenestrata : mq _____

b) superficie calpestabile totale (locale da soppalcare + soppalco): mq _____

c) rapporto tra superficie calpestabile e finestratura : mq _____

d) se il valore del rapporto è inferiore a quello regolamentare, indicare le caratteristiche del sistema di ventilazione, con particolare riferimento al numero di ricambi di aria /ora

- CUBATURA RESIDUA. LIBERA DA SOPPALCO : mc _____

9) AUTORIMESSE:

Tipo: MISTA (SI) (NO)
ISOLATA (SI) (NO)

- AERAZIONE (compilare prospetto)

- COMUNICAZIONI

a) fino a 9 posti macchina, se comunicanti con locali diversi da quelli adibiti a deposito o uso di sostanze esplosive e/o infiammabili, sono dotate di porte metalliche piene, a chiusura automatica o porte REI? (SI) (NO)

b) se superiori a 9 posti macchina, siano riportate espressamente le specifiche disposizioni di cui al D.M.1.2.1986: _____

Se c) e d), ALLEGARE COPIA DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SCARICO AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 26.03.1990, N. 13 E S.M.I.

13) CI SONO LOCALI DESTINATI AD ATTIVITÀ LAVORATIVE (NON RIENTRANTI NELL'ELENCO DELLE INDUSTRIE INSALUBRI) ?

(SI) (NO)

Se SI, specificare dettagliatamente l'attività svolta, mediante relazione tecnica apposita, indicante anche il numero totale dei dipendenti, distinti per sesso.

SONO PREVISTI SISTEMI DI AERAZIONE MECCANICA DEI LOCALI, VENTILAZIONE SUSSIDIARIA O DI CONDIZIONAMENTO DELL'ARIA?

(SI) (NO)

Se SI, allegare relazione tecnica specifica ed evidenziare graficamente la posizione dei punti di presa e di espulsione dell'aria.

E' PREVISTA UNA CONTROSOFFITTATURA DEI LOCALI?

(SI) (NO)

Se SI, precisare il tipo e l'altezza del piano pavimento: _____

TRATTASI DI PUBBLICO ESERCIZIO (bar, ristorante e simili)?

(SI) (NO)

Se SI specificare: _____

a) capienza locale: n. persone _____

b) la cucina è provvista di canna fumaria autonoma sfociante sul tetto, per estrazione vapori?
(SI) (NO)

13/A) CI SONO LOCALI DESTINATI AD ATTIVITÀ LAVORATIVE? (es. uffici, commerciali e/o artigianali non rientranti nell'elenco delle industrie insalubri):

(SI) (NO)

Se SI, specificare dettagliatamente l'attività svolta, mediante relazione tecnica apposita, in particolare indicare:

a)

PERSONALE OCCUPATO	MASCHI	FEMMINE
N. addetti compresi i titolari		
n. dipendenti		

b) specificare le mansioni esercitate ed il n. di addetti per mansione:

E' PREVISTO UN IMPIANTO DI VENTILAZIONE ARTIFICIALE?

(SI) (NO)

Se SI, () condizionamento integrale dell'aria
() ventilazione forzata

Indicare:

- i locali provvisti di impianto: _____

- posizione dei punti di presa dell'aria dall'esterno: _____
- _____
- posizione dei punti di espulsione dell'aria all'esterno: _____
- _____
- n. dei ricambi in mc/ora/persona: _____
- eventuali sistemi di filtraggio e/o trattamento dell'aria: _____
- _____
- _____

E' PREVISTA LA CONTROSOFFITTATURA DEI LOCALI?

(SI)

(NO)

Se SI, precisare il tipo e l'altezza del piano pavimento: _____

TRATTASI DI PUBBLICO ESERCIZIO?

(SI)

(NO)

Se SI, specificare se trattasi di () bar

() ristorante

() altro (specificare) _____

- a) Capienza del locale di somministrazione: n. persone _____
- b) La cucina è provvista di canna fumaria autonoma sfociante sul tetto, per estrazione fumo/vapori? (SI) (NO)

VERIFICA SUPERFICIE FINESTRATA

Locale	Superficie di calpestio (mq)	Superficie regolamentare (1/8) (mq)	Superficie in progetto (mq)	Note

VERIFICA AERAZIONE AUTORIMESSA

Superficie di calpestio (mq)	Aerazione naturale regolamentare (1/30) (mq)	Aerazione naturale in progetto (mq)	Aerazione permanente regolamentare (1/100) (mq)	Aerazione permanente in progetto (mq)

PER EVENTUALI CHIARIMENTI O COMUNICAZIONI N. TELEF. PROGETTISTA: _____/_____