

MODELLO C

**DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO SUL POSSESSO DEI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E DELLE
 CARATTERISTICHE DELL'ALLOGGIO, NECESSARIE AL RILASCIO DELL'ATTESTAZIONE DI IDONEITÀ ABITATIVA
 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETÀ (art. 47 DPR 445/2000)**

Il sottoscritto/a
 nato/a a (....) il
 residente a (....) in via/piazzan
 tel. codice fiscale
 e-mail@
 in qualità di **proprietario** dell'alloggio posto in.....
 via/piazzan
 nel quale alloggia il sig.in qualità di locatario,
 al fine della richiesta di.....presentata dal medesimo

Consapevole delle responsabilità penali e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni che comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

che l'appartamento è conforme ai requisiti igienico-sanitari e di idoneità abitativa necessarie al rilascio della relativa attestazione e che possiede le seguenti caratteristiche:

VANI	PRESENZA DI FINESTRA		SUPERFICIE	ALTEZZA IN METRI
CUCINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
PRANZO - ANG.COTTURA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
PRANZO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
SOGGIORNO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
STANZA 1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
STANZA 2	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
STANZA 3	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
STANZA 4	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
STANZA 5	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
INGRESSO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
CORRIDOIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
RIPOSTIGLIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
SERVIZIO IGIENICO 1	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
SERVIZIO IGIENICO 2	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Mq.	ml.
TOTALE mq.				

Area - 5 U.O. Urbanistica ed Edilizia

e-mail: urbanistica@comune.subbiano.ar.it

e-mail: ediliziaprivata@comune.subbiano.ar.it

Servizio igienico	esterno all'appartamento interno completo di doccia/vasca,w.c.,lavabo,bidet w.c.,lavabo e doccia/vasca
approvvigionamento idrico	allacciamento all'acquedotto pubblico servito con pozzo di acqua potabile (allegare certificato analisi) altro (specificare).....
riscaldamento	mancante presente (precisare).....
condizioni igieniche e di manutenzione	ottime buone discrete cattive

- che si trova in condizioni igienico-sanitarie compatibili con l'uso di abitazione;
- che è dotato di allacciamento idrico, elettrico e fognario o, in mancanza di rete fognaria, con adeguata Autorizzazione allo scarico fuori pubblica fognatura;
- che gli impianti elettrici, del gas e di riscaldamento sono conformi alle normative vigenti in materia;
- che è presente almeno un servizio igienico dotato di lavabo, wc, aerato direttamente (o con ventilazione forzata);

DICHIARO, altresì

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.12 e 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e solo per i fini istituzionali perseguiti dall'Ente e possono essere comunicati, in conformità al Regolamento medesimo, ad altri soggetti pubblici che li utilizzeranno per i propri fini istituzionali e che il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Subbiano.

....., li

In fede