



## DICHIARAZIONE SANITARIA

*per l'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica  
(DPR 30/12/1972 n. 1035; L.R. 02/04/1996 n. 10)*

A seguito del sopralluogo effettuato in data ..... nell'alloggio  
occupato dal Sig. .... e sito in .....  
in Via ..... n. ....

### **PRESO ATTO CHE**

**l'interessato dichiara:**

**a)** che la famiglia del richiedente a composta, oltre al nominato, da: .....

**b)** che la famiglia del richiedente **COABITA**, nello stesso alloggio, con la famiglia di .....

dal ..... composta di n. .... persone;

### **SI ATTESTA CHE**

**1) - L'ALLOGGIO E' IMPROPRIO**

SI  NO

in quanto: .....

a) L'abitazione è ricavata in locali sottotetti, privi di adeguata soffittatura, oppure pur muniti di soffitti, l'altezza media non supera i mt. 2.40.  SI  NO

b) L'abitazione è formata da locali la cui altezza media non è superiore a mt. 2.40.  SI  NO

c) L'abitazione è situata in locali destinati ad altri usi:  
specificare: .....  SI  NO

d) L'abitazione presenta un'umidità permanente ed intensa ai pavimenti o estesa ai 2/3 delle superfici verticali dell'alloggio  SI  NO



**2) - TRATTASI DI COABITAZIONE**

- a) coabitazione in uno stesso alloggio con altro o più nuclei familiari, ciascuno composto di almeno due unità;  SI  NO
- b) coabitazione in uno stesso alloggio con altro o più nuclei familiari composti da una sola unità.  SI  NO

**3) - VI E' PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE IN ALLOGGIO OCCUPATO DA PORTATORI DI HANDICAP MOTORIO**  SI  NO

**4) - L'ALLOGGIO E' SOVRAFFOLLATO**  SI  NO  
n° vani utili .....

**5) - L'ALLOGGIO E' ANTIIGIENICO**  SI  NO

in quanto: .....

- e) nell'alloggio vi è prevalenza di umidità permanente nei vani utili oppure vi è umidità permanente dovuta a capillarità, condensa o igroscopicità ineliminabile con normali interventi manutentivi  SI  NO
- f) i servizi igienici sono esterni all'abitazione.  SI  NO
- g) i servizi igienici sono interni ma privi di finestre e/o aspiratori.  SI  NO
- h) i servizi igienici sono costituiti da solo WC o vaso alla turca  SI  NO

**OSSERVAZIONI**

.....

.....

.....

.....

li \_\_\_\_\_  
(data)

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA  
Il Medico**

.....