

<b>COMUNE DI</b>  _____	Timbro Ufficio Protocollo	

AL RESPONSABILE DELLO SPORTELLO  
UNICO PER L'EDILIZIA  
DEL COMUNE DI

\_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE DI CONFORMITÀ IGIENICO-SANITARIA

### Ai sensi del D.P.R. 380/2001 e s.m.i., art. 20, comma 1

DATI ANAGRAFICI DEL  
PROGETTISTA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
 Studio/Sede in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 n. tel. \_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_  
 Numero di iscrizione all'Albo/Ordine/Collegio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

(Barrare se ci sono altri eventuali professionisti che dovranno essere indicati nelle pagine seguenti)

in qualità di progettista dei lavori di \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATI RELATIVI  
ALL'IMMOBILE

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Catasto Terreni - Foglio \_\_\_\_\_ Mappale/i \_\_\_\_\_  
 Catasto Fabbricati - Foglio \_\_\_\_\_ Mappale/i \_\_\_\_\_ Sub. \_\_\_\_\_  
 P.R.G.C. vigente/adottato - Zona Urbanistica \_\_\_\_\_

- Consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, saranno applicate nei propri confronti (ai sensi del D.P.R: 28/12/2000 n. 445, art. 76) le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità degli atti, oltre che le possibili conseguenze amministrative e penali previste dal vigente ordinamento nazionale, regionale e comunale per la realizzazione degli interventi indicati in parola in contrasto con le vigenti normative igienico – sanitarie;
- Ai sensi e per effetti del D.P.R. 380/2001 e s.m.i., art. 20;

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE:**

1. Gli interventi da realizzare nell'immobile indicato in premessa per il quale è stato presentato allo Sportello Unico per l'Edilizia del Comune di \_\_\_\_\_ il progetto dal Sig. \_\_\_\_\_ risultano con destinazione d'uso di tipo residenziale;
2. Il progetto presentato è conforme alle norme igienico – sanitarie;
3. Il progetto delle opere descritte negli allegati ed elaborati tecnici è completo di tutta la documentazione ai fini della valutazione igienico-edilizia dell'intervento;
4. Il progetto delle opere descritte negli allegati e elaborati tecnici è completo di tutta la documentazione richiesta ai fini della valutazione igienico – sanitaria;
5. La valutazione in ordine alla conformità igienico – edilizia non comporta valutazioni tecnico – discrezionali;
6. Ad ogni effetto di legge, il sottoscritto dichiarante si assume qualsiasi responsabilità in ordine al rispetto delle norme igienico – sanitarie, sia nella fase di approvazione del progetto, sia nella fase di esecuzione dei lavori.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il/I Progettista/i

\_\_\_\_\_

(allegare fotocopia del documento di riconoscimento)

## EVENTUALI ALTRI PROGETTISTI

DATI ANAGRAFICI DEL  
PROGETTISTA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Studio/Sede in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. tel. \_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Numero di iscrizione all'Albo/Ordine/Collegio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

DATI ANAGRAFICI DEL  
PROGETTISTA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Studio/Sede in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. tel. \_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Numero di iscrizione all'Albo/Ordine/Collegio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

DATI ANAGRAFICI DEL  
PROGETTISTA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Studio/Sede in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. tel. \_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Numero di iscrizione all'Albo/Ordine/Collegio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

DATI ANAGRAFICI DEL  
PROGETTISTA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Studio/Sede in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n. tel. \_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Numero di iscrizione all'Albo/Ordine/Collegio \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_