



SCHEDA DI ACCERTAMENTO DANNI PRIVATI

Ai sensi del Regolamento Regione Toscana DPGR n. 24/R del 19/5/2008

Modello

A

COMUNE DI :

PROV :

**SOGGETTO
PRIVATO :**

Cognome e Nome / Amm.re Condominiale/
Nome Associazione – Fondazione – Istituzione Privata

**UNITA'
IMMOBILIARE –
IMMOBILE :**

Via n°

Piano lato/n° interno

EVENTUALE SITUAZIONE DI INAGIBILITA' IN ESSERE DISPOSTA DAL COMUNE

<input type="checkbox"/> Inagibilità Totale	<input type="checkbox"/> Inagibilità per carenza strutturale dell'edificio	Estremi Provvedimento	Data Provvedimento
<input type="checkbox"/> Inagibilità Parziale	<input type="checkbox"/> Inagibilità per cause esterne (esempio: frana incombente)		

Compilata da :

<input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico	<input type="checkbox"/> Libero Professionista
Cognome.....	Cognome.....
Nome.....	Nome.....
Ente Appartenenza.....	Ordine/albo Professionale.....
Struttura di appartenenza.....	Data iscrizione .....n° iscr.....
Telefono.....	Telefono.....

A: ACCERTAMENTO PARTI STRUTTURALI

PARTI DANNEGGIATE	DESCRIZIONE DEL DANNO (localizzazione es: cucina, se sono interessate anche le finiture etc.)
<input type="checkbox"/> FONDAZIONI :
STRUTTURE PORTANTI VERTICALI: <input type="checkbox"/> Murature portanti <input type="checkbox"/> Pilastrini
STRUTTURE PORTANTI ORIZZONTALI: <input type="checkbox"/> Travi <input type="checkbox"/> Solai
SCALE: <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Esterne
COPERTURA: <input type="checkbox"/> Travi- travetti <input type="checkbox"/> Capriate <input type="checkbox"/> Solaio
MURI DI CONTENIMENTO: <input type="checkbox"/> Per la stabilità dell'edificio <input type="checkbox"/> A protezione dell'edificio

B1: ACCERTAMENTO PARTI NON STRUTTURALI NEL CASO DI ALLAGAMENTO

VANI ALLAGATI (max 6 vani)	N° vani(*)	Altezza acqua 10/30 cm	Altezza acqua 30/60 cm	Altezza acqua = /> 60 cm
<input type="checkbox"/> Cucina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Camera	N°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Camera	N°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bagno	N°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Salotto/soggiorno con angolo cottura /vani ad uso comune	N°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ingressi corridoi/ripostigli		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lesioni a tramezzi ed elementi divisorii	Mq:.....	.....	

B2: ACCERTAMENTO BENI MOBILI NEL CASO DI ALLAGAMENTO

VANI ALLAGATI (max 3 vani oltre la cucina)	N° vani(*)	Altezza acqua 10/30 cm parte dei beni mobili gravemente danneggiati	Altezza acqua 30/60 cm totalità dei beni mobili gravemente danneggiati	Altezza acqua = /> 60 cm totalità dei beni mobili distrutti - danneggiati irrimediabilmente
<input type="checkbox"/> Cucina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Camera	N°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Camera	N°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soggiorno/Camera/Spazi comuni	N°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Allagamento dell'intero volume dell'unità immobiliare -(Indicare il n° dei componenti del nucleo familiare)	N°.....	..... .....	

(*)NOTA BENE: compilare la colonna N° vani solo nel caso di strutture socio assistenziali e/o a integrazione socio sanitaria.

C1: ACCERTAMENTO PARTI NON STRUTTURALI NEGLI ALTRI CASI

PARTI DANNEGGIATE	Superficie circa/n°	LOCALIZZAZIONE E DESCRIZIONE DEL DANNO
<input type="checkbox"/> Tramezzi ed elementi divisorii	Mq.....	.....
<input type="checkbox"/> Pavimenti	Mq.....	.....
<input type="checkbox"/> Intonaci ed imbiancature	Mq.....	.....
<input type="checkbox"/> Infissi	N°.....	.....

C2: ACCERTAMENTO BENI MOBILI NEGLI ALTRI CASI

VANI DANNEGGIATI (max 3 vani oltre la cucina)	N° vani(*)	IMPATTO DEI DANNI SUI BENI MOBILI	CAUSA (indicare la causa del danno)
<input type="checkbox"/> Cucina		<input type="checkbox"/> IN PARTE DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DISTRUTTI	...............
<input type="checkbox"/> Camera	N°.....	<input type="checkbox"/> IN PARTE DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DISTRUTTI	...............
<input type="checkbox"/> Camera	N°.....	<input type="checkbox"/> IN PARTE DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DISTRUTTI	...............
<input type="checkbox"/> Soggiorno/Camera/Spazi comuni	N°.....	<input type="checkbox"/> IN PARTE DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DANNEGGIATI <input type="checkbox"/> TOTALITA' DISTRUTTI	...............
<input type="checkbox"/> DISTRUZIONE TOTALE dei beni mobili contenuti nell'unita' immobiliare. (Indicare il n° dei componenti del nucleo familiare)	N°.....	(descrivere la causa e la tipologia di danno)	

(*)NOTA BENE: compilare la colonna N° vani solo nel caso di strutture socio assistenziali e/o a integrazione socio sanitaria.

D: ACCERTAMENTO MANTO DI COPERTURA

DESCRIZIONE TIPO DI COPERTURA	Superficie complessiva circa	Superficie danneggiata circa	DESCRIZIONE DEL DANNO (indicazione degli elementi danneggiati costituenti il manto: guaina, isolante, soletta, tegole)	
.....	Mq.....	Mq.....	..... ..... ..... ..... .....
PONTEGGIO NECESSARIO PER IL RIPRISTINO	<input type="checkbox"/> Da 0 a 100 mq(*)		<input type="checkbox"/> Da 100 a 300 mq	<input type="checkbox"/> Oltre i 300 mq

(*)NOTA BENE: barrare "da 0 a 100 mq" nel caso possa essere usata piattaforma mobile

E: ACCERTAMENTO IMPIANTI

IMPIANTI DANNEGGIATI	DESCRIZIONE DEL DANNO e della CAUSA	DANNO GRAVE(*)
<input type="checkbox"/> Impianto Elettrico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Impianto idrico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Impianto di riscaldamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Caldaia singola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Caldaia Condominiale N° condomini	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Ascensore N° piani serviti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

(*)NOTA BENE indicare con si/no a seconda che: il ripristino appaia effettuabile con la sostituzione dell'intero impianto o di parte rilevante (SI); ovvero di elementi marginali (NO)

F: ACCERTAMENTO BENI MOBILI REGISTRATI: COMPILARE APPOSITA SCHEDA AV

ALLEGATI :

Documentazione fotografica immobili

Documentazione fotografica mobili

N° _____ **FOGLI PER ALTRE COMUNICAZIONI ALLEGATI**

Il sopralluogo è stato effettuato alla presenza del Sig.
cui è stata rilasciata comunicazione per l'esercizio del diritto di accesso agli atti.

Data sopralluogo

Cognome Nome del Compilatore

.....

(FIRMA)

Firma del privato per ricevuta comunicazione

.....

(FIRMA)

