



## **RISERVATO ALL' UFFICIO**

Data sopralluogo: \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

L'immobile è dotato di ascensore? SI ✎ NO ✎ SI MA NON UTILIZZABILE ✎  
se non utilizzabile specificare il motivo \_\_\_\_\_

All'interno dell'immobile esistono barriere architettoniche? NO ✎ SI ✎  
In caso affermativo specificare di che tipo \_\_\_\_\_

Descrizione delle modalità di accesso all'abitazione: \_\_\_\_\_

Dati dell'immobile: anno di costruzione \_\_\_\_\_, Fg. \_\_\_\_\_ Map.le \_\_\_\_\_, Sub. \_\_\_\_\_

Esiste relazione abbattimento della barriere architettoniche? NO ✎ SI ✎  
In caso affermativo specificare le prescrizioni \_\_\_\_\_

IL RILEVATORE

\_\_\_\_\_