

ALLEGATO "C"

C A S A S P A



SCHEMA TECNICO IMPIANTO TERMICO INFERIORE A 35 kW
Opere di adeguamento dell'impianto termico e di sostituzione del generatore di calore

ai sensi dell'art. 4 dell' Allegato I del D.Lgs. 311/06

versione xx - xx.xxxx

a) DATI IDENTIFICATIVI L'INTERVENTO DI SOSTITUZIONE

(compilare i campi mancanti)

Comune : BAGNO A RIPOLI
Indirizzo : VIA CASSIA, xx PIANO xx
Inquilino : BIANCHI ANTONIO
Numero di telefono : 055.xx.xx.xx
Codice alloggio : xxxxxxxx xxxx codice utente : xxxxx
Tipo di edificio : Appartamento di civile abitazione
Numero totale piani edificio :
Committente : Casa S.p.A. (Ente gestore del patrimonio di E.R.P.)
Proprietà : COMUNE DI IMPRUNETA
Progettista : Xxx. XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX
Installatore : XXXXXXXXXXXXXXXX
Numero preventivo installatore :
Numero pratica Casa S.p.A. : xxxxx-xxx Numero richiesta Casa S.p.A.: xxxxx/xx

b) DATI IDENTIFICATIVI L'IMPIANTO TERMICO ESISTENTE

(verificare/barrare/compilare tutte le voci qui di seguito riportate)

	DATI RILEVATI	SI	NO
a1 - Marca generatore:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX;		
a2 - Modello caldaia:	Modello ESISTENTE T.N.;		
a3 - Tipo Camera:	APERTA;		
a4 - Tipo Tiraggio:	NATURALE;		
a5 - Funzionamento:	TRADIZIONALE;		
a6 - Potenza termica utile nominale Pn [kW]:	23.00;		
a7 - Rendimento termico utile a 100% Pn [%]:	95.50;		
a8 - Rendimento termico utile a 30% Pn [%]:	0.00;		
a9 - Fluido termovettore:	Acqua;		
a10 - Data installazione:	XX/XX/XXXX;		
a11 - Tiraggio canna fumaria [Pa]:	-X,XX;		
a12 - Locale di installazione del generatore:	CUCINA;		
a13 - Cronotermostato:	NO;		
a14 - Valvole termostatiche:	NO;		
a15 - Presa di ventilazione:	NO;		
a16 - Presa di areazione:	NO;		
a17 - l'impianto è stato regolarmente manutenzionato:	NO;		



c) DATI IDENTIFICATIVI I TERMINALI DI EROGAZIONE ESISTENTI

(barrare/compilare la tabella qui di seguito riportata)

TIPOLOGIA DEI RADIATORI

ALLUMINIO

GHISA

ACCIAIO

LOCALE	ALTEZZA ELEMENTI	INTERASSE	NUMERO ELEMENTI	COLONNE	NOTE
INGRESSO					
CUCINA					
SOGGIORNO					
CAMERA M.					
CAMERA S.					

d) DATI IDENTIFICATIVI DEL SISTEMA FUMARIO ESISTENTE

(barrare/verificare tutte le voci qui di seguito riportate)

	DATI RILEVATI	SI	NO
d1 - Scarico dei fumi esistente	CAMINO SINGOLO INTERNO;		
d2 - Il sistema fumario esistente è FUNZIONALE e IDONEO secondo quanto prescritto all'art. 4, UNI 10845			

Nel caso in cui non si ritenga né idoneo, né funzionale il sistema fumario e quindi si ritenga necessario modificarlo e/o adeguarlo, si prega di compilare anche la seguente parte:

CANNA FUMARIA ESISTENTE E'	VALUTAZIONE DA EFFETTUARE	SI	NO
<input type="checkbox"/> d3 - Singola interna	è possibile intubarla secondo quanto prescritto all'art. 7.4, UNI 10845		
<input type="checkbox"/> d4 - Singola esterna	è possibile intubarla secondo quanto prescritto all'art. 7.4, UNI 10845		
<input type="checkbox"/> d5 - CCR di Tipo B interna	è idonea e funzionale secondo quanto disposto all'art. 4, UNI 10845		
<input type="checkbox"/> d6 - CCR di Tipo B esterna	è idonea e funzionale secondo quanto disposto all'art. 4, UNI 10845		
<input type="checkbox"/> d7 - CCR di Tipo C interna	è idonea e funzionale secondo quanto disposto all'art. 4, UNI 10845		
<input type="checkbox"/> d8 - CCR di Tipo C esterna	è idonea e funzionale secondo quanto disposto all'art. 4, UNI 10845		
<input type="checkbox"/> d9 - Scarico a parete	rispetta le distanze secondo quanto prescritto dalla UNI 7129		

e) DATI IDENTIFICATIVI DEL SISTEMA FUMARIO PROPOSTO IN SOSTITUZIONE DI QUELLO ESISTENTE

(barrare/verificare/compilare tutte le voci qui di seguito riportate)

<input type="checkbox"/>	e1 - Riutilizzo della canna fumaria singola interna, in quanto idonea e funzionale
<input type="checkbox"/>	e2 - Riutilizzo della canna fumaria singola interna rintubandola per ml _____
<input type="checkbox"/>	e3 - Riutilizzo della canna fumaria singola esterna, in quanto idonea e funzionale
<input type="checkbox"/>	e4 - Riutilizzo della canna fumaria singola esterna rintubandola per ml _____
<input type="checkbox"/>	e5 - Riutilizzo della canna fumaria CCR di tipo B interna, in quanto idonea e funzionale
<input type="checkbox"/>	e6 - Riutilizzo della canna fumaria CCR di tipo B esterna, in quanto idonea e funzionale
<input type="checkbox"/>	e7 - Riutilizzo della canna fumaria CCR di tipo C interna, in quanto idonea e funzionale
<input type="checkbox"/>	e8 - Riutilizzo della canna fumaria CCR di tipo C esterna, in quanto idonea e funzionale
<input type="checkbox"/>	e9 - Necessità di realizzare un nuovo scarico a parete
<input type="checkbox"/>	e10 - Altro, specificare nelle note qui sotto

f) NOTE

(compilare se del caso)

data	Nome e Cognome del Tecnico che ha effettuato le verifiche
------	---

FIRMA _____



C A S A S P A
 50122 FIRENZE - VIA FIESOLANA 5 - INFO@CASASPA.IT - WWW.CASASPA.IT
 TEL 055.22.624.1 - FAX 055.22.624.269 - CF e PI 05264040485 - REA 533622