



DEMANDE DE DIAGNOSTIC D'UNE INSTALLATION D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF.

MOTIF DE LA DEMANDE

- DIAGNOSTIC DANS LE CADRE D'UNE TRANSACTION IMMOBILIÈRE
- CONTRE-VISITE DE DIAGNOSTIC SUITE À UN AVIS NON CONFORME
- DIAGNOSTIC SUR DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ À TITRE INFORMATIF

SITUATION DU BIEN OBJET DE LA CESSION

COMMUNE * : _____

ADRESSE * : _____

RÉFÉRENCES CADASTRALES * : SECTION(S) : _____
PARCELLE(S) : _____

LE DEMANDEUR

PROPRIÉTAIRE(S) DE L'HABITATION :

PERSONNE PHYSIQUE

NOM & PRÉNOM * : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE * : _____

ADRESSE POSTALE * : _____

(SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE DU BIEN)

COURRIEL : _____

N° DE TÉLÉPHONE * : _____

NOM & PRÉNOM * : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE * : _____

ADRESSE POSTALE * : _____

(SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE DU BIEN)

COURRIEL : _____

N° DE TÉLÉPHONE * : _____

PERSONNE MORALE

NOM * : _____

NOM DU REPRÉSENTANT * : _____

N° DE SIRET * : _____

CADRE RÉSERVÉ AU SPANC

*

DATE DE RÉCEPTION :

COMPTER AU MAXIMUM 45 JOURS ENTRE LA RÉCEPTION DE LA DEMANDE,
LA RÉALISATION DU DIAGNOSTIC ET L'ENVOI DU PROCÈS VERBAL DE CONTRÔLE

LES MENTIONS SIGNALÉES PAR UN
ASTÉRISQUE SONT OBLIGATOIRES.
FAUTE DE QUOI UN RENDEZ-VOUS NE
POURRA ÊTRE DONNÉ

MANDATAIRE

NOM - PRÉNOM * : _____
N° DE SIRET (SI PERSONNE MORALE) * : _____
COURRIEL : _____
N° DE TÉLÉPHONE * : _____
ADRESSE POSTALE * : _____



OCCUPANT / LOCATAIRE

NOM - PRÉNOM - RAISON SOCIALE * : _____
COURRIEL : _____
N° DE TÉLÉPHONE * : _____

CARACTÉRISTIQUES DU BIEN OBJET DE LA CESSION

<input type="checkbox"/>	HABITATION INDIVIDUELLE	NOMBRE DE PIÈCES PRINCIPALES : _____ 1 PP : PIÈCE DESTINÉE AU SÉJOUR/SOMMEIL À L'EXCLUSION DES CUISINES / SALLES DE BAINS ET CABINETS D'AISANCE
<input type="checkbox"/>	BÂTIMENT COMORTANT PLUSIEURS LOGEMENTS	NOMBRE DE LOGEMENTS : _____ NOMBRE TOTAL DE PIÈCES PRINCIPALES : _____
<input type="checkbox"/>	AUTRE TYPE DE LOCAUX (HOTEL / RESTAURANT / CAMPING / GOLF)	<input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> RESTAURANT <input type="checkbox"/> CAMPING <input type="checkbox"/> GOLF <input type="checkbox"/> AUTRE : _____
<input type="checkbox"/>	ANNEXE(S) AU LOGEMENT(S) (PISCINE, CUISINE D'ETE, ETC...)	

LE DEMANDEUR S'ENGAGE À

Veillez à l'OUVERTURE de TOUS les REGARDS, afin de permettre au contrôleur d'accéder à l'ensemble du dispositif (prétraitement et traitement) faute de quoi, en application de l'article 4 de l'arrêté du 27 avril 2012, un avis défavorable sera émis ;

Assurez-vous que la propriété soit **ALIMENTÉE EN EAU**, faute de quoi, les écoulements ne pouvant être vérifiés, un avis favorable ne pourra être émis ;

Fournir tous les documents concernant le dispositif d'assainissement de la propriété (photos de l'installation, caractéristiques techniques de la fosse septique et de l'épandage, factures de vidange, piscine, étude de sol, etc.) ;



DIAGNOSTIC

Ce contrôle donnera lieu au paiement d'une redevance à la réception du compte-rendu de visite, d'un montant de **220.00€ TTC**

LE PROCÈS VERBAL VOUS SERA TRANSMIS AU PLUS TÔT DANS LA LIMITE DES 45 JOURS



DIAGNOSTIC URGENT

Ce contrôle donnera lieu au paiement d'une redevance à la réception du compte-rendu de visite, d'un montant de **330.00€ TTC**

LE PROCÈS VERBAL VOUS SERA TRANSMIS SOUS 5 JOURS OUVRÉS

Fait à : _____ Le : _____

Nom, prénom du demandeur ou de son représentant : _____

Signature :

LA DEMANDE DUMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE DEVRA ÊTRE RETOURNÉE AU SPANC :

- PAR COURRIER À L'ADRESSE SUIVANTE : SILCEN - 6 RUE XAVIER DE MAISTRE - 06100 NICE
- PAR COURRIEL A L'ADRESSE : spanc@silcen.fr
- EN MAIN PROPRE : SILCEN - 6 RUE XAVIER DE MAISTRE - 06100 NICE

**POUR TOUT COMPLÉMENT D'INFORMATIONS NOS BUREAUX SONT OUVERTS
DU LUNDI AU VENDREDI DE 8 : 30 à 17 : 00 SANS INTERRUPTION.**

**DESCRIPTIF DU DISPOSITIF D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF EXISTANT
DÉCLARÉ PAR LE DEMANDEUR**

DISPOSITIF DE PRETRAITEMENT :

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> FOSSE TOUTES EAUX. | VOLUME : _____ |
| <input type="checkbox"/> FOSSE SEPTIQUE. | VOLUME : _____ |
| <input type="checkbox"/> EPURATEUR BIOLOGIQUE A BOUES ACTIVEES. | VOLUME : _____ |
| <input type="checkbox"/> EPURATEUR BIOLOGIQUE A CULTURES FIXEES. | VOLUME : _____ |
| <input type="checkbox"/> AUTRE, PRECISEZ. | VOLUME : _____ |
-
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> UNE VENTILATION EST-ELLE EXISTANTE (ENTRÉE D'AIR) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UN EXTRACTEUR STATIQUE OU ÉOLIEN EST-IL EXISTANT (SORTIE D'AIR) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

DISPOSITIF DE TRAITEMENT :

<input type="checkbox"/> TRANCHEES D'ÉPANDAGE À FAIBLE PROFONDEUR Nombre de tranchées : Longueur totale des tranchées m Largeur des tranchées :	<input type="checkbox"/> LIT D'ÉPANDAGE À FAIBLE PROFONDEUR Profondeur : Superficie du lit..... m ² Nombre de tuyaux d'épandage :
<input type="checkbox"/> FILTRE À SABLE VERTICAL <input type="checkbox"/> Non drainé <input type="checkbox"/> Drainé Surface du filtre à sable _____ m ² Largeur du filtre _____ m Nombre de tuyaux d'épandage (drains) : _____	<input type="checkbox"/> TERTRE D'INFILTRATION <input type="checkbox"/> Non drainé <input type="checkbox"/> Drainé Surface au sommet du tertre _____ m ² Largeur du filtre _____ m Surface à la base _____ m ² Nombre de tuyaux d'épandage (drains) : _____
<input type="checkbox"/> LIT À MASSIF DE ZÉOLITE, Surface de..... m ²	<input type="checkbox"/> AUTRE DISPOSITIF DE TRAITEMENT :

REJET DES ÉFFLUENTS TRAITES (SI FILIÈRE DRAINÉE) :

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Tranchées d'irrigation enterrée au goutte à goutte | Longueur totale |
| <input type="checkbox"/> Rejet en milieu hydraulique superficiel. | Précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Rejet en profondeur par puits d'infiltration | |

AUTRES DISPOSITIFS ÉVENTUELS :

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Bac à graisse. | Volume : _____ | Litres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pré filtre intégré à la fosse | Volume : _____ | Litres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pré filtre externe (décolloïdeur). | Volume : _____ | Litres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chasse automatique. | Volume : _____ | Litres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Système de relevage des eaux. | | |