



## 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 :

PARCELLE(S) :

### LE DEMANDEUR

#### 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 SOCIÉTÉ (ou SCI, SARL...etc) \* :

NOM PRÉNOM 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 LE RENDEZ-VOUS NE  
POURRA ÊTRE DONNÉ**



**MANDATAIRE**  
**NOM & PRÉNOM \*** :  
**N° DE SIRET \*** :  
**COURRIEL** :  
**N° DE TÉLÉPHONE \*** :  
**ADRESSE POSTALE \*** :



**OCCUPANT / LOCATAIRE**  
**NOM & PRÉNOM, RAISON SOCIALE \*** :  
**COURRIEL** :  
**N° DE TÉLÉPHONE \*** :

	<b>HABITATION INDIVIDUELLE</b>	NOMBRE DE PIÈCES PRINCIPALES : 1 PP : PIÈCE DESTINÉE AU SÉJOUR / SOMMEIL À L'EXCLUSION DES CUISINES / SALLES DE BAINS ET CABINETS D'AISANCE
	<b>BATIMENT COMPORTANT PLUSIEURS LOGEMENTS</b>	NOMBRE DE LOGEMENTS : NOMBRE TOTAL DE PIÈCES PRINCIPALES :
	<b>AUTRE TYPE DE LOCAUX</b> (HOTEL / RESTAURANT / CAMPING / GOLF )	HOTEL CAMPING AUTRE RESTAURANT GOLF
	<b>ANNEXE(S) AUX LOGEMENT(S)</b> (PISCINE, CUISINE D'ÉTÉ, ...ETC)	

## DESCRIPTIF DU DISPOSITIF D'ASSAINISSEMENT NON COLLECTIF EXISTANT DÉCLARÉ PAR LE PROPRIÉTAIRE

### DISPOSITIF DE PRÉTRAITEMENT :

FOSSE TOUTES EAUX	VOLUME :
FOSSE SEPTIQUE	VOLUME :
ÉPURATEUR BIOLOGIQUE À BOUES ACTIVÉES	VOLUME :
ÉPURATEUR BIOLOGIQUE À CULTURES FIXÉES	VOLUME :
AUTRES, PRÉCISEZ	VOLUME :

UNE VENTILATION EST-ELLE EXISTANTE (ENTRÉE D'AIR) ?	OUI	NON
UN EXTRACTEUR STATIQUE OU ÉOLIEN EST-IL EXISTANT (SORTIE D'AIR) ?	OUI	NON

### DISPOSITIF DE TRAITEMENT :

<p style="text-align: center;"><b>TRANCHÉE D'ÉPANDAGE À FAIBLE PROFONDEUR</b></p> <p>Nombre de tranchées :</p> <p>Longueur totale des tranchées :</p> <p>Largeur des tranchées :</p>	<p style="text-align: center;"><b>LIT D'ÉPANDAGE À FAIBLE PROFONDEUR</b></p> <p>Profondeur :</p> <p>Superficie du lit :</p> <p>Nombre de tuyaux d'épandage :</p>
<p style="text-align: center;"><b>FILTRE À SABLE VERTICAL</b></p> <p>Non drainé                  Drainé</p> <p>Surface du filtre à sable en m<sup>2</sup> :</p> <p>Largeur du filtre en mètres :</p> <p>Nombre de tuyaux d'épandage (Drains) :</p>	<p style="text-align: center;"><b>TERTRE D'INFILTRATION</b></p> <p>Non drainé                  Drainé</p> <p>Surface au sommet du tertre :</p> <p>Largeur du filtre :</p> <p>Surface de base :</p> <p>Nombre de tuyaux d'épandage (Drains) :</p>
<p style="text-align: center;"><b>LIT À MASSIF DE ZÉOLITE</b></p> <p>Surface en m<sup>2</sup> :</p>	<p style="text-align: center;"><b>AUTRE DISPOSITIF DE TRAITEMENT</b></p>

### REJET DES ÉFFLUENTS TRAITÉS (SI FILIÈRE DRAINÉE) :

Tranchées d'irrigation enterrées au goutte à goutte	Longueur totale :
Rejet en milieu hydraulique superficiel	Précisez :
Rejet en profondeur par puits d'infiltration	Précisez :

### AUTRES DISPOSITIFS ÉVENTUELS :

Bac à graisses	Volume :	Litres :
Préfiltre intégré à la fosse		
Préfiltre externe (Décolloïdeur)	Volume :	Litres
Chasse automatique	Volume :	Litres :
Système de relevage des eaux		

## LE DEMANDEUR S'ENGAGE À :

- Veiller à l'**OUVERTURE** de **TOUS LES REGARD**, afin de permettre au contrôleur d'accéder à l'ensemble du dispositif (prétraitement et traitement) faute de quoi, en application de l'article 4 du 27 avril 2012, un avis **DÉFAVORABLE** sera émis.

- S'assurer 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 vidanges, piscine, étude de sol, ...etc)

### DIAGNOSTIC NON URGENT

Ce contrôle donnera lieu au paiement d'une redevance d'un montant de  
**220,00 €**

**LE PROCÈS-VERBAL VOUS SERA TRANSMIS  
DANS LES 30 JOURS**

### DIAGNOSTIC URGENT

Ce contrôle donnera lieu au paiement d'une redevance d'un montant de  
**330,00 €**

**LE PROCÈS-VERBAL VOUS SERA TRANSMIS  
SOUS 5 JOURS**

Fait à :

Le :

Nom, prénom du demandeur ou de son représentant :

Signature :

**LA DEMANDE DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE DEVRA ÊTRE RETOURNÉE AU SPANC :**

- PAR COURRIER À L'ADRESSE SUIVANTE : SILCEN - 6 RUE XAVIER DE MAISTRE - 06100 NICE
- PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE : [spanc@silcen.fr](mailto: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 08H30 À 17H00 SANS INTERRUPTION**