

**ALLEGATO N. 8M**

**RACCOMANDATA A.R.**

**BOLLO**  
(applicare una marca dell'importo  
previsto dalla disciplina vigente  
sull'imposta di bollo)

All'Istituto per la vigilanza sulle  
assicurazioni private e di interesse  
collettivo - ISVAP –  
Via del Quirinale, 21  
00187 ROMA

Registro degli intermediari assicurativi  
e riassicurativi

**Domanda per l'iscrizione nella sezione A del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, ai sensi dell'art. 67 del regolamento ISVAP n. 5/2006, delle persone fisiche che hanno superato la prova di idoneità di cui all'articolo 4, comma 1, lett. d), della legge 7 febbraio 1979, n. 48.**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci nonché consapevole delle disposizioni contenute nell'art. 75 del citato D.P.R. circa la decadenza dall'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere, il sottoscritto

Cognome

Nome

Comune di nascita  Prov.

Stato Estero di nascita

Data di nascita

Sesso ☐ M ☐ F

Codice fiscale

Indirizzo e-mail

Recapiti telefonici

**residente in**

Comune  Prov.

Indirizzo  CAP.

**domiciliato <sup>1</sup> in**

Comune  Prov.

Indirizzo  CAP.

con sede/i operativa/e indicata/e nell'allegata Tabella A

**CHIEDE**

<sup>1</sup> Compilare solo se l'indirizzo del domicilio è diverso dall'indirizzo della residenza e se si intende ricevere eventuali comunicazioni a tale indirizzo.



### **Tabella A<sup>1</sup> - Elenco delle sedi operative**

[illegible]

<sup>1</sup> Nel caso la presente Tabella non risultasse sufficiente è possibile farne più copie.