

SPAZIO RISERVATO ALL'ISVAP

RACCOMANDATA A.R.

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

Ruolo dei periti assicurativi

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 | <div></div> |
| Nome | <div></div> |
| Comune di nascita | <div></div> Prov. <div></div> |
| Stato Estero di nascita | <div></div> |
| Data di nascita | <div></div> / <div></div> / <div></div> |
| Sesso | <div><div>M</div><div>F</div></div> |
| Codice fiscale | <div></div> |
| Indirizzo e-mail | <div></div> |
| Telefono mobile | <div></div> |

residente in[illegible]

domiciliato in¹

[illegible]

¹ Compilare solo se l'indirizzo del domicilio è diverso dall'indirizzo della residenza

con sede/i operativa/e in

| | | | |
|-----------|-------|-------|-------|
| Comune | _____ | Prov. | __ |
| Indirizzo | _____ | CAP. | _____ |
| Telefono | _____ | Fax | _____ |
| Comune | _____ | Prov. | __ |
| Indirizzo | _____ | CAP. | _____ |
| Telefono | _____ | Fax | _____ |

CHIEDE

di essere iscritto nel ruolo dei periti assicurativi di cui all'art. 157 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

a tal fine DICHIARA

- a) di godere dei diritti civili;
- b) di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 158, comma 1, lett. b), c) e d), del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
- c) di non essere iscritto nel registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
- d) di non esercitare, direttamente o indirettamente mediante partecipazioni di controllo in società ovvero esercizio di cariche sociali, l'attività di riparatore di veicoli o di natanti;
- e) di non essere pubblico dipendente con rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero a tempo parziale che superi la metà dell'orario lavorativo a tempo pieno;
- f) di aver superato la prova di idoneità di cui all'articolo 158, comma 1, lett. g), del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, in data ____/____/____ nella sessione d'esame ____²;
- g) di avere provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente.

Il sottoscritto CHIEDE infine di ricevere eventuali comunicazioni³

- ☐ al proprio indirizzo di residenza ovvero all'indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda;
- ☐ al proprio indirizzo di domicilio ovvero all'indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda;
- ☐ all'indirizzo della propria sede operativa ovvero all'indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda

riconoscendo che l'ISVAP non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni dell'indirizzo da parte del sottoscritto o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella presente domanda.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente dichiarazione e nei relativi allegati sono raccolti dall'ISVAP in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di iscrizione nel ruolo dei periti assicurativi di cui al d. lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti l'iscrizione stessa; che i medesimi dati possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali alla gestione del ruolo; che un eventuale rifiuto di fornire i predetti dati comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione nel ruolo.

Il richiedente allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.

Data ____/____/____

Firma del richiedente

.....

² Indicare l'anno in cui è stata bandita la sessione d'esame.

³ Barrare in alternativa la casella interessata.