

**ALLEGATO N. 2**

**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

Ruolo dei periti assicurativi

**Domanda di iscrizione nel Ruolo dei periti assicurativi di cui all'art. 157 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.**

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

Telefono mobile

**residente in**

Comune  Prov.

Indirizzo  CAP.

Telefono  Fax

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

Comune  Prov.

Indirizzo  CAP.

Telefono  Fax

<sup>1</sup> Compilare solo se l'indirizzo del domicilio è diverso dall'indirizzo della residenza

