

con sede/i operativa/e in

Comune _____ Prov. ____
Indirizzo _____ CAP. _____
Telefono _____ Fax _____

Comune _____ Prov. ____
Indirizzo _____ CAP. _____
Telefono _____ Fax _____

CHIEDE

di essere reinscritto 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 e/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 essere stato iscritto nel ruolo dei periti assicurativi con il numero _____ e di essere stato cancellato in data ____/____/____ per il seguente motivo ____²;
- g) di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 160 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
- h) di avere provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente.

DICHIARA inoltre³:

- 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 ____;

Il sottoscritto CHIEDE infine di ricevere eventuali comunicazioni⁴

- 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

² Utilizzare i codici: 1: radiazione;
2: rinuncia all'iscrizione;
3: perdita di almeno uno dei requisiti previsti per l'iscrizione;
4: sopravvenuta incompatibilità ex art. 158, comma 2, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
5: mancato versamento del contributo di vigilanza.

³ Da compilare esclusivamente in caso di cancellazione a seguito di radiazione.

⁴ Barrare in alternativa la casella interessata.

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 reinscrizione nel ruolo dei periti assicurativi di cui al d. lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti la reinscrizione 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 alla reinscrizione nel ruolo.

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

Data []/[]/[]

Firma del richiedente

.....