

DOMANDA DI REISCRIZIONE NEL RUOLO PERITI ASSICURATIVI

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000, consapevole della decadenza dall'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere e delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del citato d.P.R. 445/2000), il sottoscritto

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| cognome* _____ | nome* _____ |
| comune di nascita* _____ | prov. _____ |
| Stato estero di nascita _____ | data di nascita* _____ |
| codice fiscale* _____ | |
| residente in | |
| comune _____ | prov. _____ |
| indirizzo _____ | c.a.p. _____ |

CHIEDE LA REISCRIZIONE

nel Ruolo dei periti assicurativi di cui agli artt. 156 e seguenti del decreto legislativo n. 209/2005 e a tale fine

DICHIARA DI

- godere dei diritti civili;
- essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 158, comma 1, lett. b), c) e d), del decreto legislativo n. 209/2005;
- non essere iscritto nel registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del decreto legislativo n. 209/2005;
- non esercitare, direttamente o indirettamente mediante partecipazioni di controllo ovvero esercizio di cariche sociali, l'attività di riparatore di veicoli o natanti;
- 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;
- essere stato iscritto nel Ruolo periti assicurativi con il numero P00000_____ e di essere stato cancellato per il seguente motivo (*barrare la casella pertinente*):

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> rinuncia all'iscrizione | <input type="checkbox"/> perdita dei requisiti previsti | <input type="checkbox"/> sopravvenuta incompatibilità |
| <input type="checkbox"/> radiazione | <input type="checkbox"/> mancato versamento del contributo di gestione | |
- trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 160 del decreto legislativo n. 209/2005;
- aver pagato la tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente;

E COMUNICA I SEGUENTI RECAPITI PROFESSIONALI

CONTATTI (è necessario indicare la PEC ed almeno un recapito telefonico)

| | |
|-----------------------|------------------|
| telefono fisso* _____ | cellulare* _____ |
| e-mail* _____ | PEC* _____ |

SEDE OPERATIVA

| | |
|----------------------|---------------|
| comune* _____ | prov.* _____ |
| indirizzo* _____ | c.a.p.* _____ |
| telefono fisso _____ | |

ULTERIORE SEDE OPERATIVA

comune* _____ prov.* _____
indirizzo* _____ c.a.p.* _____
telefono fisso _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI

- prendere atto che laddove non venga indicata una sede operativa, la si intenderà coincidente con la residenza;
- prendere atto che per l'invio di comunicazioni Consap utilizzerà di norma l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) e, nel caso di comunicazioni a mezzo del servizio postale, l'indirizzo di residenza o della sede operativa indicati nella presente domanda, e riconosce che Consap non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni degli indirizzi da parte del sottoscritto o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento degli indirizzi indicati nella presente domanda;
- conoscere le disposizioni di cui al vigente Regolamento Consap concernente la disciplina dell'attività peritale;
- prendere atto che ai sensi degli artt. 157 del decreto legislativo n. 209/2005 e 3 del vigente Regolamento Consap, i dati inseriti nei campi contrassegnati da * verranno pubblicati sul sito ruoloperiti.consap.it;
- aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali dei periti assicurativi iscritti al Ruolo resa da Consap s.p.a. ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679, il cui testo è pubblicato nella sezione dedicata del sito internet istituzionale (www.consap.it/ruolo-dei-periti-assicurativi/informativa-privacy/).

Il sottoscritto allega

- copia fotostatica di un proprio valido documento di identità;
- ricevuta di versamento della tassa di concessione governativa di cui alla lettera g);
- quietanza di pagamento dei contributi pregressi (*solamente in caso di cancellazione dal Ruolo per morosità*).

data _____

firma _____

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

NB: la domanda va inviata per raccomandata a/r a Consap – Ruolo periti assicurativi – Via Yser 14 – 00198 Roma.