

BOLLO

(applicare una marca dell'importo
previsto dalla disciplina vigente
sull'imposta di bollo) Raccomandata A/R**DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL RUOLO DEI PERITI ASSICURATIVI DI CUI ALL'ART. 158 DEL D.LGS. 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 del citato D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dall'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R., il sottoscritto

DATI IDENTIFICATIVI PERITO ASSICURATIVO

Cognome _____ Nome _____
 Comune di nascita _____ Prov. _____
 Stato estero di nascita _____ Data di nascita _____
 Codice Fiscale _____ Sesso: Maschio Femmina N. iscrizione al Ruolo _____

CONTATTI

Telefono _____ Cellulare _____
 e-Mail _____ PEC _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE

nel ruolo dei periti assicurativi di cui agli art. 156 e successivi del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e a tale 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 D. lgs. 7 settembre 2005, n.209;
 c) di non essere iscritto nel registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109, del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209;
 d) di non esercitare, direttamente o indirettamente mediante partecipazioni di controllo ovvero esercizio di cariche sociali, l'attività di riparatore di veicoli o 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 avere superato la prova di idoneità di cui all'articolo 158, comma 1, lett. g), del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, nella sessione d'esame _____ tenuta in data _____
 g) di aver provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente, come da allegata copia del bollettino;
 h) di aver preso visione dell'allegata informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) 2016/679.

DICHIARA ALTRESÌ**RESIDENZA**

Comune _____ Prov. _____
 Indirizzo _____ CAP _____

SEDE OPERATIVA

Comune _____ Prov. _____
 Indirizzo _____ CAP _____
 Telefono _____ Fax _____ e-Mail _____

ULTERIORE SEDE OPERATIVA

Comune _____ Prov. _____
 Indirizzo _____ CAP _____
 Telefono _____ Fax _____ e-Mail _____

Il sottoscritto, nel prendere atto che per l'invio di comunicazioni Consap utilizzerà di norma gli indirizzi di posta elettronica indicati nella presente domanda, ai fini del ricevimento di eventuali comunicazioni a mezzo del servizio postale indica l'indirizzo corrispondente a:

- Residenza Sede Operativa Ulteriore sede Operativa (Selezionare una sola opzione)

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.

Il sottoscritto dichiara di ben conoscere le disposizioni di cui al vigente Regolamento Consap concernente la disciplina dell'attività peritale (pubblicato anche sul sito Consap); si obbliga pertanto all'osservanza e al rispetto delle norme in esso contenute.

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità e della ricevuta di versamento della tassa di concessione governativa di cui alla lettera g).

Firma

Data _____
