

**Spett.le CONSAP S.p.A.**  
**Ruolo dei periti assicurativi**  
**Via Yser, 14 - 00198 Roma**

BOLLO

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

Raccomandata A/R  PEC (consap@pec.consap.it)

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL RUOLO DEI PERITI ASSICURATIVI DI CUI ALL'ART. 159 DEL D.LGS. 7 SETTEMBRE 2005, N.209.**

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**

di essere cancellato dal Ruolo dei periti assicurativi ai sensi dell'art. 159 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e dell'art. 12 del vigente Regolamento Consap concernente la disciplina dell'attività personale.

A tal fine, 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, il sottoscritto dichiara di essere in regola con il pagamento dei contributi di gestione dovuti a Consap alla data odierna, ex art. 337 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209.

**Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_