

BOLLO

(applicare una marca dell'importo
previsto dalla disciplina vigente
sull'imposta di bollo) Raccomandata A/R**DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL RUOLO PERITI ASSICURATIVI DI CUI ALL'ART. 158 D.LGS. N. 209/2005**

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

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome _____ Nome _____
 Comune di nascita _____ Prov _____
 Stato estero di nascita _____ Data di nascita _____
 Codice Fiscale _____

RESIDENZA

Comune _____ Prov _____
 Indirizzo _____ CAP _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE

nel ruolo dei periti assicurativi di cui agli art. 156 e successivi del Decreto legislativo n. 209/2005 e a tale fine

DICHIARA DI

- a) godere dei diritti civili;
 b) essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 158, comma 1, lett. b), c) e d), del decreto legislativo n.209/2005;
 c) non essere iscritto nel registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109, del decreto legislativo n. 209/2005;
 d) non esercitare, direttamente o indirettamente mediante partecipazioni di controllo ovvero esercizio di cariche sociali, l'attività di riparatore di veicoli o natanti;
 e) 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) avere superato la prova di idoneità di cui all'art. 158, comma 1, lett. g), del decreto legislativo n. 209/2005, nella sessione d'esame _____ tenuta in data _____
 g) aver provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente, come da allegata copia del bollettino;

E COMUNICA I SEGUENTI RECAPITI PROFESSIONALI**CONTATTI**

È necessario indicare la PEC ed almeno un recapito telefonico

Telefono _____ Cellulare _____
 e-mail _____ PEC _____

SEDE OPERATIVA

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

ULTERIORE SEDE OPERATIVA

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

- Il sottoscritto prende 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 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.

- Il sottoscritto dichiara di conoscere le disposizioni di cui al Regolamento Consap n. 1/2015 concernente la disciplina dell'attività peritale (pubblicato anche sul sito Consap); si obbliga pertanto all'osservanza delle norme in esso contenute.

- Il sottoscritto dichiara di 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 e della ricevuta di versamento della tassa di concessione governativa di cui alla lettera g).

Firma

Data _____