

SPAZIO RISERVATO ALL'ISVAP

**RACCOMANDATA AR / TELEFAX (0642133548)**

All'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private  
e di interesse collettivo - ISVAP -  
Via del Quirinale, 21  
00187 ROMA

## Ruolo dei periti assicurativi

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 nonché consapevole delle disposizioni contenute nell'art. 75 del citato D.P.R. circa la decadenza dall'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere, il sottoscritto

[illegible]

**comunica la variazione della propria:**

<input type="checkbox"/>	Residenza
<input type="checkbox"/>	Sede Operativa

Pertanto, i propri indirizzi risultano <sup>1</sup>:

## RESIDENZA

[illegible]

<sup>1</sup> Compilare entrambe le parti (residenza e sede operativa), **confermando anche l'indirizzo non oggetto di cambiamento.**  
Nel caso in cui la residenza e la sede operativa abbiano lo stesso indirizzo, **compilare comunque entrambe le parti.**

## SEDE OPERATIVA

Indirizzo																									CAP.				
Comune																									Prov.				
Telefono													Fax																

ALTRA (EVENTUALE) SEDE OPERATIVA <sup>2</sup>

Indirizzo																									CAP.				
Comune																									Prov.				
Telefono													Fax																

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 iscrizione nel ruolo dei periti assicurativi di cui al d. lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti l'iscrizione 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 all'iscrizione nel ruolo.

**Si allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.**

Data | \_ \_ | / \_ \_ | / \_ \_ \_ \_ |

Firma

.....

<sup>2</sup> Da compilare solo se sussistente.