SPAZIO RISERVATO ALLA CONSAP

RACCOMANDATA A.R.

ALLEGATO N. 4

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

Spett.le Consap Spa
Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici
Via Yser,14
00198 ROMA

Ruolo periti assicurativi

Domanda di cancellazione dal Ruolo dei periti assicurativi di cui all'art. 159 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Il sottoscritto

Cognome	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nome	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Residente in	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Indirizzo	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CAP. |_|_|_|_|_|
Numero di Ruolo	|P|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Data di nascita	|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
Codice fiscale	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Recapito telefonico	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

di essere cancellato - ai sensi dell'art. 159, comma 1, lett. a), d. lgs. 209/2005, e dell'art. 13, comma 1, lett. b), Regolamento ISVAP 11/2008 - dal Ruolo dei periti assicurativi di cui all'art. 157 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

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 dalla Consap 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.

Il richiedente allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.

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

Firma del richiedente
…………………………