SPAZIO RISERVATO ALLA CONSAP

ALLEGATO N. 5

RACCOMANDATA AR / TELEFAX

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

Ruolo dei periti assicurativi

Comunicazione variazione indirizzi.

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

Cognome |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Iscritto al Ruolo dei periti assicurativi con matricola |P|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Comune di nascita |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Prov. |_|_|

Data di nascita |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo e-mail |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefono mobile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

comunica la variazione della propria:

|_| Residenza

|_| Sede Operativa

Pertanto, i propri indirizzi risultano [1]:

<u>RESIDENZA</u>

Indirizzo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CAP. |_|_|_|_|_|

Comune |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Prov. |_|_|

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

---

[1] 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 [2]

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 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.

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

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

Firma

……………………………………………………………

[2] Da compilare solo se sussistente.