



Organismo per la tenuta
dell'Albo Promotori Finanziari

Alla *Commissione esaminatrice*
della sede di _____
Sezione territoriale _____
c/o Camera di Commercio, Industria,
Artigianato e Agricoltura di _____
Via _____, n. _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROVA VALUTATIVA PER L'ISCRIZIONE
ALL'ALBO DEI PROMOTORI FINANZIARI**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___ a _____
_____ (prov. ___) e residente nello Stato _____ indirizzo
_____ n° _____ nel Comune
di _____ località _____ (prov. _____)
c.a.p. _____ C.F. _____ Tel. fisso _____ Cell.
_____ Fax _____ e-mail _____ (*calligrafia leggibile*)

indicare di seguito l'indirizzo da utilizzare per le comunicazioni se diverso da quello di residenza:
indirizzo _____ n° _____ c.a.p. _____ nel Comune di
_____ località _____ (prov. _____)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla _____ sessione della prova valutativa, di cui all'articolo 100 del Regolamento Consob n. 16190/2007, per l'iscrizione all'Albo unico nazionale dei promotori finanziari, nella sede di _____ (*sede preferita*) ovvero, in caso di insufficienza dei posti disponibili nella sede prescelta, nella sede di _____ (*sede di riserva*).

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni stabilite dalla legge in caso di falsa dichiarazione, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara ai sensi degli articoli 3, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

- di essere residente all'indirizzo suindicato;
- di aver effettuato il versamento del rimborso spese di Euro 75,00 dovuto all'APF e a tal fine, allega documentazione comprovante l'effettivo pagamento (*nota A*);
- di aver conseguito nell'anno scolastico/accademico _____ il seguente titolo di studio _____ presso la Scuola/Università _____ con sede nel comune di _____ indirizzo _____ (*nota B*);
- esclusivamente per i candidati affetti da patologie limitatrici dell'autonomia ai sensi degli articoli 3 e 20 della legge n. 104/1992 e successive modifiche: di essere affetto da patologia limitatrice e di richiedere l'assistenza, nella lettura dei quesiti e / o nella digitazione delle risposte, di personale addetto non in grado di dare suggerimenti e di tempi aggiuntivi necessari in relazione al proprio *handicap*, come risultante da allegata certificazione sanitaria rilasciata da una competente struttura sanitaria;
- altro: _____

(Luogo e data)

(Firma*)

In caso di dichiarazioni presentate da terzi ovvero inviate per posta tramite raccomandata A/R con firma già apposta dal dichiarante, va allegata la fotocopia di un valido documento di identità.

Avvertenze:

- la domanda, a pena di irricevibilità, deve essere sottoscritta dal richiedente;
- la domanda, a pena di irricevibilità, deve essere presentata ovvero inoltrata tramite raccomandata A/R;
- si prega di contattare gli uffici della Sezione territoriale per ogni chiarimento necessario ai fini della compilazione del presente modulo;

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

Dichiara di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, con o senza l'ausilio di strumenti informatici, da parte di soggetti autorizzati a tal fine e con idonee misure di sicurezza, nell'ambito del procedimento amministrativo attivato con la presente istanza e disciplinato dalla normativa vigente concernente l'Albo dei promotori finanziari. Si precisa che il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini dell'instaurarsi del relativo procedimento amministrativo e che questi verranno comunicati a terzi nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente in materia. Titolare del trattamento dei dati è l'Organismo per la Tenuta dell'Albo dei Promotori Finanziari, via Savoia, 23 - 00198, Roma. Responsabile del trattamento è la Camera di Commercio competente a ricevere la domanda, alla quale è possibile rivolgersi per l'eventuale esercizio dei diritti previsti dal D.Lgs. n. 196/2003.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

*Ai sensi della vigente normativa la presente firma è stata apposta dal dichiarante in mia presenza.

Documento n. _____ rilasciato da _____

il _____, _____

(il dipendente addetto)

NOTE INFORMATIVE:

- (A) Tutte le informazioni riguardanti le modalità di pagamento del rimborso spese sono disponibili sul portale web dell'APF www.albopf.it nell'area riservata all'Aspirante Promotore accessibile previa registrazione e reperibili presso gli uffici delle Sezioni territoriali.
- (B) Il titolo di studio non può essere inferiore al diploma di istruzione secondaria superiore rilasciato a seguito di corso di durata quinquennale ovvero quadriennale integrato dal corso annuale previsto per legge.