MODULO DI REVOCA DELL'ADESIONE AL SERVIZIO DI FIRMA ELETTRONICA AVANZATA

(Art. 57, co. 1, lettera h), D.P.C.M. 22 febbraio 2013)

Il/la sottoscritto/a, nome _____ cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Provincia _____ Nazione_____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

A **Marco Gallo Odontoiatria S.r.l.** in qualità di soggetto erogatore, come da art. 55 c. 2 lett. a) del D.P.C.M. 22 febbraio 2013, della soluzione di Firma Elettronica Avanzata, con sede in Corso Papa Giovanni XXIII, 87 - 12022 Busca (CN), partita IVA 04003980044 e Codice Fiscale 04003980044, con il presente modulo di revocare la propria adesione al servizio.

Dichiaro inoltre di essere consapevole che per effetto della presente revoca ogni ulteriore sottoscrizione di documentazione contrattuale con Marco Gallo Odontoiatria S.r.l. potrà essere effettuata solo secondo modalità diverse dalla succitata Firma Elettronica Avanzata fino ad un'eventuale nuova adesione.
Allego alla presente comunicazione, copia del mio documento di riconoscimento (necessario solo se il modulo non è compilato nella sede dello studio in presenza di un incaricato).

Luogo e data _____ Il richiedente _____

L'incaricato dichiara di aver raccolto in propria presenza la comunicazione di revoca al servizio di Firma Elettronica Avanzata previa identificazione tramite un documento di identificazione valido.

Data _____ Il richiedente _____