

Egr. Dott.ssa
DELL' AVERSANA ROSA
Via Francesco Paolo Maisto, 2
81030 Sant'Arpino (CE)

RACCOMANDATA A/R

_____ luogo _____ data

OGGETTO: REVOCA DEL CONSENSO ALL'UTILIZZO DELLA FIRMA ELETTRONICA AVANZATA GRAFOMETRICA.

Il/la sottoscritto/a, _____, nato/a a

_____ in data _____, residente a

_____ con la presente, comunica la

revoca del consenso all'utilizzo della firma elettronica avanzata grafometrica dallo stesso rilasciato

in data _____

Cordiali Saluti

_____ Data

_____ Firma