

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