

# DICHIARAZIONE DI REVOCA DELL'ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI SERVIZIO FEA

Io sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC o mail \_\_\_\_\_

**comunico la revoca dell'adesione** da me prestata al Servizio di Firma Elettronica Avanzata, erogato dall'Università Vita-Salute San Raffaele.

Dichiaro di essere consapevole che per effetto della presente comunicazione di revoca ogni ulteriore sottoscrizione di documentazione avverrà in forma cartacea fino ad un'eventuale nuova adesione.

La revoca dell'adesione si intenderà effettiva alla ricezione del presente modulo.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_