

EGR. DOTT.

FAVARO ANDREA

Sede Operativa

**v. Trieste, 7- 38049 Altopiano Della Vigolana
(TN)**

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