

MODULO PER LA RICHIESTA DELLA CANCELLAZIONE DI UNA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Compilare **tutti i campi** del presente modulo - Il modulo è **compilabile a video**

Dati del richiedente (Titolare della casella e-mail)

Nome e Cognome _____
Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
Indirizzo _____ n. _____
Città _____ Provincia _____ CAP _____
E-mail _____
Telefono _____ Fax _____

Con il presente modulo si fa richiesta di **CANCELLAZIONE** della seguente casella di posta elettronica certificata PEC:

_____@_____

Inviare il presente **Modulo** e copia del **Documento di Identità** del titolare
via FAX al n. **02.89516459** oppure **02.335173153**
oppure la scansione **via MAIL** a **pratiche@modello730.it**

Firma del Titolare

Data _____