

MODULO PER LA RICHIESTA DI UNA NUOVA PASSWORDCompilare **tutti i campi** del presente modulo – Il modulo è **compilabile a video****DATI DEL RICHIEDENTE DELLA NUOVA PASSWORD (TITOLARE DELLA PEC)**

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Email (**OBBLIGATORIO**) _____ (indirizzo al quale verrà inviata la nuova PW)

Telefono: _____ Cellulare: _____

Con il presente modulo si fa richiesta di nuove credenziali di accesso al sistema di posta elettronica certificata dell'indirizzo sotto riportato:

INDIRIZZO PEC PER CUI VIENE RICHIESTA LA NUOVA PASSWORD

_____ @ lamiapcc.it

ATTENZIONE: NON VERRANNO ACCETTATE LE RICHIESTE DI MODIFICA PASSWORD SENZA LA COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.

ELENCO DOCUMENTAZIONE

- 1) Il presente modulo compilato in TUTTE le parti e firmato dal titolare della PEC
- 2) Documento di identità del titolare della PEC

Inviare tutta la documentazione a mezzo email all'indirizzo: info@abcservizibs.it
o a mezzo fax al n. 0289516459

Data: _____

Firma del Titolare: _____

Le nuove credenziali saranno inviate all'indirizzo email indicato entro 24 ore.