

## MODULO PER LA RICHIESTA DI UNA NUOVA PASSWORD

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 nuove credenziali di accesso al sistema di posta elettronica certificata dell'indirizzo sotto riportato:

_____@_____
-------------

**Attenzione:** Non verranno accettate le richieste di modifica password  
**senza la copia di un documento di riconoscimento valido.**

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 \_\_\_\_\_