

Servizio Postecert Firma Digitale

Modulo per la richiesta di Sospensione, Revoca e/o Riattivazione del certificato qualificato emesso da Postecom S.p.A.

Dati del richiedente	
Cognome	Nome
Codice fiscale	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato a	il
Provincia di nascita	Nazione di nascita
Residente in	
Comune	
C.A.P.	Provincia
Documento identità	numero
Rilasciato da	In data

Dati del titolare del certificato qualificato	
Cognome	Nome
Codice fiscale	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Organizzazione di appartenenza	
Codice univoco	

**Ai sensi della normativa vigente, il richiedente in qualità di:**

- Titolare  
 Terzo interessato Organizzazione di appartenenza del Titolare del certificato qualificato

chiede la revoca del certificato qualificato rilasciato al Titolare indicato nella sezione 'Dati del titolare del certificato qualificato' a partire dal ...../...../..... La decorrenza indicata deve coincidere con un giorno feriale.

chiede la sospensione del certificato qualificato rilasciato al Titolare indicato nella sezione 'Dati del titolare del certificato qualificato' a partire dal ...../...../..... La decorrenza indicata deve coincidere con un giorno feriale.

chiede la riattivazione del certificato digitale rilasciato al Titolare indicato nella sezione 'Dati del Titolare del certificato qualificato' a partire dal ...../...../..... La decorrenza indicata deve coincidere con un giorno feriale.

per il seguente motivo:

---



---



---

Allega alla richiesta la seguente documentazione:

copia della denuncia all'autorità giudiziaria in caso di smarrimento del dispositivo di firma

copia del documento di identità i cui estremi sono riportati nella richiesta

copia del codice fiscale

\*Luogo e data della richiesta ...../...../.....

Firma richiedente .....

*\*La richiesta deve essere presentata due giorni feriali antecedenti la data effettiva di revoca, sospensione e/o riattivazione*

Spazio da compilare a cura dell'Ufficio Delegato presso il quale è presentata ed accettata la presente richiesta	
Frazionario	Ufficio di
Indirizzo	CAP
Comune	Provincia
Telefono	

Luogo e data identificazione del richiedente ...../...../.....

Firma leggibile addetto Ufficio Delegato .....

