



COMANDO PER LE OPERAZIONI IN RETE

- QUALIFIED TRUST SERVICE PROVIDER -

RICHIESTA DI REVOCA SERVIZIO DI FIRMA AUTOMATICA

Io sottoscritto
Grado/qualifica /cognome/nome

nato il

a

Prov. (),

in servizio presso

CHIEDO

la **REVOCA** del servizio di “Firma Automatica”.

A tal fine comunico i seguenti dati:

Cognome ⁽¹⁾	
Nome ⁽²⁾	
Casella postale istituzionale personale ⁽³⁾	
Nome del Comando/Ente	
Codice Fiscale ⁽⁴⁾	
Username ⁽⁵⁾	
Motivo Revoca ⁽⁶⁾	

Dati obbligatori richiesti in ottemperanza al D.Lgs 82/2005 (Codice Amministrazione Digitale) e s.m.i. ed al DPCM 22 febbraio 2013 (Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali)





NOTE ESPLICATIVE PER LA COMPILAZIONE

- (1) **COGNOME:** come riportato sul proprio Mod. ATe
- (2) **NOME:** come riportato sul proprio Mod. ATe
- (3) **CASELLA POSTALE ISTITUZIONALE PERSONALE**
(es. nome.cognome@xxxxxxxxxx.xx)
- (4) **CODICE FISCALE:** proprio codice fiscale
- (5) **NOME UTENTE del CERTIFICATO** di Firma Automatica per cui si richiede la revoca.
Come riportato all'interno della busta cieca inviata a corredo del certificato. Se è stata smarrita la busta cieca e non si è più in possesso del nome utente, lasciare il campo in bianco.
- (6) **MOTIVO REVOCA:** non funzionante, smarrimento busta cieca, dati errati, fine esigenza, altro

Località

Data

Firma digitale del Richiedente (*)

(*) Il presente modulo deve essere firmato digitalmente esclusivamente con il Kit di Firma in formato PAdES e Marcatura Temporale (profilo T) con selezione campo firma ed inviato: info_pkiff@smd.difesa.it con oggetto "RICHIESTA DI REVOCA FIRMA AUTOMATICA"

