



COMANDO PER LE OPERAZIONI IN RETE

- QUALIFIED TRUST SERVICE PROVIDER -

RICHIESTA DI REVOCA CERTIFICATO DI SIGILLO ELETTRONICO

Io sottoscritto
Grado/qualifica /cognome/nome

nato il

a

Prov. (),

in servizio presso

con l'incarico di Responsabile del Servizio per la tenuta del Protocollo Informatico dei flussi documentali e degli archivi per l'Area Organizzativa Omogenea (AOO), nominato con atto di nomina n.° del ,

CHIEDO

la **REVOCA** del servizio di “*Sigillo Elettronico Qualificato*”.

A tal fine comunico i seguenti dati:

Cognome⁽¹⁾	
Nome⁽²⁾	
Casella postale istituzionale personale⁽³⁾	
Nome del Comando/Ente	
Ente (AOO)⁽⁴⁾ (Area Organizzativa Omogenea)	
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@esercito/marina/aeronautica/persociv.difesa.it)
- (4) **ENTE (AOO):** : Codice identificativo della AOO come determinato dall'Indice dei domicili digitali della Pubblica Amministrazione (IPA) composto da sette caratteri alfanumerici e primo carattere **A**.
<https://www.indicepa.gov.it/ipa-portale/consultazione/domicilio-digitale/ricerca-area-organizzativa-omogenea>
- (5) **NOME UTENTE del CERTIFICATO** di Sigillo 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 a: info_pkiff@smd.difesa.it con oggetto "RICHIESTA REVOCA SIGILLO ELETTRONICO"

