

Spett.le
CENTRO MEDICO M.M. SRL
via Giacomo Franchi, 4
27100 Pavia (PV)

RACCOMANDATA A/R

_____, _____
luogo data

**OGGETTO: REVOCA DEL CONSENSO ALL'UTILIZZO DELLA FIRMA ELETTRONICA AVANZATA
GRAFOMETRICA.**

Il/la sottoscritto/a, _____, nato/a a

_____ in data _____, residente a

_____ con la presente, comunica la

revoca del consenso all'utilizzo della firma elettronica avanzata grafometrica dallo stesso rilasciato

in data _____

Cordiali Saluti

Data

Firma