

MODULO PER LA RICHIESTA DELLA CANCELLAZIONE DI UNA CASELLA PEC

Con il presente modulo si richiede la cancellazione della seguente casella di posta certificata da effettuarsi in data ____/____/____ (La data non può andare oltre la data di scadenza)

PEC da cancellare _____

DATI DEL RICHIEDENTE (Titolare della Casella)

Nome e Cognome _____

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP-Città-Prov. _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

e-mail di contatto _____

Allegare la fotocopia di un documento d' identità VALIDO del titolare della Casella PEC

Data : ____/____/____

Firma del titolare
