

Spett.le
ARPA Lombardia

_____ ,
luogo

_____ ,
data

Oggetto: esercizio del diritto di revoca del consenso all'utilizzo della firma elettronica avanzata grafometrica

Il/la sottoscritto/a, _____, codice fiscale _____
con la presente, comunica la revoca del consenso all'utilizzo della firma elettronica avanzata grafometrica dallo stesso rilasciato in data *(inserire data)* _____.
Si allega copia del documento di identità in corso di validità

Distinti saluti.

Data

Firma del Titolare