

Modulo Revoca Del Servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA)

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)

Nato/a a.....il...../...../.....

Codice Fiscale

eMail

Con la sottoscrizione del presente Modulo di Revoca revoco il consenso all'utilizzo della firma elettronica avanzata (FEA) in precedenza prestato e chiedo pertanto che venga disattivato il servizio di FEA per la sottoscrizione della documentazione.

Con la presente, inoltre, dichiaro di essere consapevole che i documenti da me sottoscritti con la FEA saranno conservati dalla Casa di Cura prof. Nobili Srl entro e non oltre i limiti, anche temporali, tempi previsti dalla normativa applicabile e dichiaro di essere consapevole che per effetto della presente revoca ogni ulteriore sottoscrizione di documentazione seguirà la forma tradizionale del cartaceo fino ad un'eventuale nuova adesione al servizio di FEA.

La revoca dell'adesione al Servizio di FEA si intenderà effettiva a seguito della ricezione da parte della Casa di Cura prof. Nobili Srl del presente Modulo di Revoca sottoscritto.

Allego alla presente comunicazione, copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma del paziente

.....

Il paziente dichiara di aver ricevuto una copia del presente Modulo di Revoca

Firma del paziente

.....