

SPETTABILE  
STUDIO ODONTOIATRICO ASSOCIATO DI  
GIUSEPPE  
Sede Operativa  
L.go Maresciallo Diaz, 10 - 00135 Roma (RM)

**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