

Quadro A

DATI DEL RICHIEDENTE

Tutti i campi sono obbligatori compreso e-mail e recapito telefonico

Cognome:	Nome:	Cod.Fisc.:
Luogo di nascita:	Provincia:	Stato:
Data di nascita:	Cittadinanza:	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Indirizzo di residenza:	Nr°:	CAP:
Località di residenza:	Provincia di residenza:	
Indirizzo e-mail:	Recapito telefonico:	

Quadro B

DOCUMENTO D' IDENTITA' DEL RICHIEDENTE

Tutti i campi sono obbligatori

Tipo*:	Autorità di rilascio:
Data di rilascio:	Valido sino al: Numero:

*N.B.: Ai fini di una valida identificazione del richiedente possono essere accettati solo i seguenti documenti d'identità:

- Carta d'identità
- Passaporto
- Patente auto rilasciata
- Tesserino di riconoscimento del personale delle amministrazioni statali
- Libretto pensione INPS con foto e firme autenticate
- Porto d'armi
- Libretto per ciechi ed invalidi rilasciato dalla Prefetture
- Permesso di soggiorno unitamente al Passaporto per cittadini stranieri

Quadro C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CODICE FISCALE

Sezione Obbligatoria, in caso contrario sarà necessario allegare copia del tesserino del codice fiscale o Tessera Sanitaria.

Il sottoscritto richiedente, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere in possesso del seguente Codice Fiscale _____.

Quadro D

TIPO DI CERTIFICATO

La sezione successiva del presente Quadro D dovrà essere compilata nel solo caso di richiesta di certificato in funzione di un ruolo ai sensi dell'art. 9 del DPR n. 513/1997 e dell'art. 11 del DPCM 8 febbraio 1999.

Il sottoscritto richiedente, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere in possesso del seguente **Titolo**

Quadro E

FORMULE DI ACCETTAZIONE

Il Sottoscritto richiedente, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara che le informazioni fornite per la compilazione del presente Modulo sono vere e perfettamente corrette. Dichiara, altresì, di aver preso visione dei Manuali Operativi che disciplinano l'erogazione dei Servizi (disponibili al link <http://www.pec.it/DocumentazioneFirmaDigitale.aspx> per il Servizio di Firma), di accettare ed impegnarsi ad osservare quanto in essi contenuto, e di aver preso completa ed attenta visione delle Condizioni Generali di Contratto relative ai Servizi indicati nel presente Modulo e disponibili al link <http://www.pec.it/DocumentazioneFirmaDigitale.aspx> per il Servizio di Firma.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma del Richiedente:** _____



Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti delle Condizioni Generali di Contratto relative al Servizio di Firma Digitale (2. Oggetto; 4. Richiesta di Registrazione e rilascio del Certificato; 5) Obblighi dell'Utente; 6. Obblighi del Certificatore; 8. Modificazioni del Manuale Operativo e delle condizioni del Servizio; 12. Revoca e sospensione del Certificato; 13. Responsabilità del Certificatore; 14. Risoluzione del rapporto; 15. Nullità o inapplicabilità di clausole; 16. Norma applicabili - Foro competente).

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma del Richiedente: _____

Il Sottoscritto dichiara, altresì, di aver preso visione dell'Informativa resa ai sensi dell'art. 13 legge 196/2003 e contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto e di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma del Richiedente: _____

Quadro F

CONSEGNA

Il sottoscritto dichiara, infine, di ricevere copia del presente Modulo conforme all'originale:

Luogo _____ Data di Richiesta ____/____/____ Firma del Richiedente: _____

Luogo _____ Data di Consegna ____/____/____ Firma del Richiedente: _____

Nome e Cognome Operatore di Registrazione o I.R.:

Firma dell'Operatore di Registrazione o I.R.:

Quadro G

DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA

E' necessario allegare alla presente richiesta:

- Copia FRONTE/RETRO del documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- Copia del tesserino del codice fiscale (o Tessera Sanitaria) in alternativa alla dichiarazione sostitutiva codice fiscale (quadro C);
- Copia dell'offerta firmata per accettazione;
- Copia della contabile del bonifico effettuato.

Tutta la documentazione deve essere inoltrata ad ARUBA PEC S.p.A.

- Tramite fax al Nr° 0575-862022
- Oppure
- Tramite e-mail all'indirizzo amministrazione@ca.arubapec.it.

