

Spett. **Poste Italiane S.p.A.**  
 Ufficio: **Assistenza agli Utenti SPID**  
 e-Mail: **revoca.posteid@posteitaliane.it**  
 Pec: **revoca.posteid@pec.posteitaliane.it**

## MODULO DI RICHIESTA DI REVOCA DELLA PROPRIA IDENTITA' SPID

La/il sottoscritta/o

(nome) VINCENZO

(cognome) NIESPOLO

CODICE FISCALE 

N	S	P	V	C	N	8	7	T	3	O	F	8	3	9	Q
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

nata/o a NAPOLI Prov. ( NA ), il 30 / 12 / 1987,

in qualità di Titolare (con almeno 14 anni) di Identità Digitale SPID fornita da Poste Italiane secondo le Condizioni Generali di Servizio "PosteID abilitato a SPID", ai sensi dell'art. 7.2 lettera d) delle Condizioni medesime,

### chiede la revoca della propria Identità Digitale.

Il sottoscritto è consapevole che:

- in esecuzione di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Servizio, la revoca dell'Identità Digitale implica la revoca delle proprie credenziali SPID, la cancellazione dalle basi dati degli attributi forniti per la creazione dell'Identità Digitale e l'impossibilità di disporre dell'Identità Digitale stessa per ogni ulteriore utilizzo. La richiesta di revoca non è annullabile;
- resta ferma la responsabilità del Titolare per tutti gli atti posti in essere utilizzando le proprie Credenziali fino al momento dell'effettiva revoca delle medesime da parte del Gestore;
- successivamente alla revoca dell'Identità Digitale, il Titolare potrà continuare ad usufruire dei servizi online accessibili su [www.poste.it](http://www.poste.it), dai quali potrà comunque recedere secondo i termini fissati dalle condizioni contrattuali relative a ciascun servizio;
- al termine del processo di revoca dell'Identità Digitale, il Titolare riceverà da Poste Italiane, sulla e-mail e sul numero di telefono cellulare indicati in fase di registrazione, le credenziali per mantenere l'accesso ai servizi online di Poste Italiane stessa (portali e mobile APP).

Il sottoscritto indica di seguito la motivazione alla base della presente richiesta di revoca cui allega i documenti corrispondenti:

Motivazione alla base della richiesta di revoca	☐
Esigenze personali oppure perdita della disponibilità del numero di cellulare o della e-mail di contatto / nome utente	<input checked="" type="checkbox"/>
Sospetto utilizzo abusivo / fraudolento da parte di un soggetto terzo [allegata copia della denuncia alle autorità]	<input type="checkbox"/>
Non ho mai richiesto un'identità digitale PosteID abilitato a SPID (sospetto furto di identità / disconoscimento) [allegata copia della denuncia alle autorità]	<input type="checkbox"/>

Modalità di invio della richiesta di revoca	☐	Documenti da allegare
Indirizzo e-mail / PEC <u>associato</u> all'identità digitale del titolare richiedente	<input checked="" type="checkbox"/>	Copia del documento di identità del titolare con almeno 14 anni Copia del Codice Fiscale/Tessera Sanitaria Eventuale copia della denuncia alle autorità
Indirizzo e-mail / PEC <u>non associato</u> all'identità digitale del titolare richiedente	<input type="checkbox"/>	Copia di 2 documenti di identità del titolare con almeno 14 anni Copia del Codice Fiscale/Tessera Sanitaria Eventuale copia della denuncia alle autorità
Indirizzo e-mail / PEC con allegato modulo <u>sottoscritto con firma digitale</u> del titolare richiedente	<input type="checkbox"/>	Eventuale copia della denuncia alle autorità

Luogo e Data: AVELLINO, 6/01/26 (Firma) Vincenzo Niespolo  
 Il Titolare dell'Identità Digitale

**N.B.** La documentazione dovrà pervenire attraverso Posta Elettronica all'indirizzo [revoca.posteid@posteitaliane.it](mailto:revoca.posteid@posteitaliane.it) o Posta elettronica Certificata all'indirizzo [revoca.posteid@pec.posteitaliane.it](mailto:revoca.posteid@pec.posteitaliane.it), in uno dei seguenti formati: \*.pdf, \*.pdf/a, \*.tiff, \*.jpg, \*.odf, \*.txt, \*.p7m.



AC 2021  
 CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI





 Codice Fiscale **NSPVCN87T30F839Q** Sesso **M**

Cognome **NIESPOLO**  
 Nome **VINCENZO**  
 Luogo di nascita **NAPOLI**  
 Provincia **NA**

Data di scadenza **21/06/2028**  
 Data di nascita **30/12/1987**

Dati sanitari regionali

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA




3 Cognome **NIESPOLO**  
 4 Nome **VINCENZO** 5 Data di nascita **30/12/1987**  
 6 Numero identificazione personale **NSPVCN87T30F839Q** 7 Numero identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**  
 8 Numero di identificazione della tessera **80380001500353711978** 9 Scadenza **21/06/2028**