



**Modulo di richiesta disabilitazione Referenti
al Portale Sinapsi**

(* contraddistingue i campi obbligatori)

La società

Denominazione/ragione sociale: * _____

con sede legale in Via/Piazza (indirizzo): * _____

Partita IVA: * _____

Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo PEC: * _____

in persona di

Cognome Nome: * _____

Codice Fiscale * _____

Documento di riconoscimento (Tipo e numero): * _____

Emesso da/il: * _____

Indirizzo mail/PEC: * _____

recapito telefonico: * _____

in qualità di

legale rappresentante o soggetto munito dei necessari poteri come da documentazione allegata

CHIEDE

che siano disabilitati ad accedere ed operare sul Portale Sinapsi, per conto del richiedente, i seguenti nominativi.

| Nome e Cognome | CF | e-mail |
|----------------|----|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Il Modulo dovrà essere inoltrato tramite PEC all'indirizzo accessorete@pec.2iretegas.it

E' possibile ricevere assistenza nel processo di registrazione al Portale Sinapsi scrivendo a accessorete@pec.2iretegas.it

Luogo e data _____ Firma _____

Allegati:

- documento di riconoscimento del firmatario
(legale rappresentante o soggetto munito dei necessari poteri)
- titolo dal quale si evinca la titolarità dei poteri di rappresentanza
oppure
- delega al soggetto rappresentante e titolo del delegante