

**Richiesta di ripristino password per l'accesso ai servizi telematici *SISTER***

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (data)

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di **Responsabile della Gestione del Collegamento**

della CONVENZIONE, codice di richiesta: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il ripristino della propria password di accesso e ne autorizza la comunicazione al seguente indirizzo personale di posta elettronica:

\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

LUOGO e DATA: \_\_\_\_\_

