



Richiesta di Registrazione

Dati del Richiedente

Denominazione*: _____
Indirizzo Sede legale*: _____
Città/Località*: _____ CAP: _____
Provincia*: _____
Nazione*: _____
Partita IVA/C.F./Cod. IPA*: _____
Ruolo/Qualifica: _____
Nome*: _____
Cognome*: _____

In qualità di*:

Dati di un referente tecnico

(soggetto che sarà contattato in caso di problemi)

Nome*: _____
Cognome*: _____
E-mail*: _____
Numero di telefono*: _____

Richiede l'emissione di un certificato con i seguenti dati di cui si fornisce il PKCS #10

Tipo di certificato*

CommonName: _____
OrganizationName*: _____
Partita IVA/C.F./Cod. IPA*: _____
Città/Località (L): _____
Provincia (ST): _____
Nazione (C): _____
E-mailAddress: _____

Hash del CSR* _____

Con la firma del presente modulo si prende atto che l'Agenzia per l'Italia Digitale si riserva il diritto di revocare il certificato fornito in caso di violazione della normativa o degli obblighi in capo al Richiedente.

* Campi obbligatori

Firma del Richiedente

