



**INCARICATO ALLA REGISTRAZIONE PERSONA GIURIDICA  
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CORSO E-LEARNING**

La/Il sottoscritta/o:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

E-mail (no PEC) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

In qualità di Legale Rappresentante della Organizzazione/Studio/Impresa

\_\_\_\_\_

richiede la partecipazione, per i soggetti di seguito riportati, al corso formativo E-learning al fine di ottenere abilitazione per la presentazione di domanda di nomina quale I.R. - Incaricato alla Registrazione per lo svolgimento dell'attività inerente il rilascio agli utenti dei certificati digitali di autenticazione – CNS e di sottoscrizione – Firma Digitale

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

Firmato digitalmente

\_\_\_\_\_

Inviare la presente domanda al seguente indirizzo E-mail:  
[incaricati.registrazione@dl.camcom.it](mailto:incaricati.registrazione@dl.camcom.it)

## Scheda INCARICATI DELLA REGISTRAZIONE - I.R.

N. 1	N. 2
Nome	Nome
Cognome	Cognome
Data di Nascita	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Luogo di Nascita
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Cellulare	Cellulare
e-mail (*)	e-mail (*)
Qualifica	qualifica
FIRMA DIGITALE IR N.1	FIRMA DIGITALE IR N.2
N. 3	N. 4
Nome	Nome
Cognome	Cognome
Data di Nascita	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Luogo di Nascita
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Cellulare	Cellulare
e-mail (*)	e-mail (*)
Qualifica	qualifica
FIRMA DIGITALE IR N.3	FIRMA DIGITALE IR N.4
N. 5	N.6
Nome	Nome
Cognome	Cognome
Data di Nascita	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Luogo di Nascita
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Cellulare	Cellulare
e-mail (*)	e-mail (*)
Qualifica	qualifica
FIRMA DIGITALE IR N.5	FIRMA DIGITALE IR N.6
N. 7	N. 8
Nome	Nome
Cognome	Cognome
Data di Nascita	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Luogo di Nascita
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Cellulare	Cellulare
e-mail (*)	e-mail (*)
Qualifica	qualifica
FIRMA DIGITALE IR N.7	FIRMA DIGITALE IR N.8

N. 9	N. 10
Nome	Nome
Cognome	Cognome
Data di Nascita	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Luogo di Nascita
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Cellulare	Cellulare
e-mail (*)	e-mail (*)
Qualifica	qualifica
FIRMA DIGITALE IR N.9	FIRMA DIGITALE IR N.10
N. 11	N. 12
Nome	Nome
Cognome	Cognome
Data di Nascita	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Luogo di Nascita
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Cellulare	Cellulare
e-mail (*)	e-mail (*)
Qualifica	qualifica
FIRMA DIGITALE IR N.11	FIRMA DIGITALE IR N.12

**(\*)**

**Deve essere indicato un indirizzo E-mail (no PEC) univoco e personale, e non può quindi essere utilizzato un account a cui accedono più persone**