



SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE CERTIFICADO DIGITAL

SERVICIO SOLICITADO		FECHA		
REVOCACION DE CERTIFICADO DIGITAL				
Número de Serie del Certificado Digital _____		DIA	MES	AÑO
Causa de Revocación _____				

DATOS DEL TITULAR DEL CERTIFICADO DIGITAL	
NOMBRE	
DOMICILIO: Calle y Número	
COLONIA	
C.P.	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
CIUDAD	
ESTADO	
TELEFONO PARTICULAR	
FAX	
CORREO ELECTRONICO	

El Titular manifiesta su conformidad respecto a las condiciones de operación y límites de responsabilidad de la Autoridad Certificadora Cecoban, S. A. de C. V., así como en hacerse personalmente responsable del uso de su firma electrónica.

CONFORMIDAD DEL TITULAR

NOMBRE FIRMA AUTOGRAFA DEL TITULAR

Para Uso Exclusivo de Cecoban, S.A. de C.V.						
Servicio Otorgado		Número de Serie del Certificado Digital		Fecha		
REVOCACION DE CERTIFICADO DIGITAL				DIA	MES	AÑO
IDENTIFICACIÓN	Tipo de Identificación		Número de identificación			

Autoridad Registradora	
Nombre	Firma

Nota: Este formato puede ser llenado con letra de molde.