NURSIND

www.nursind.it
Fax 06 92913943 Cell. 392 7913806 (Whatsapp)
Email: nazionale@nursind.it info@nursind.it

All'Ufficio del Personale _____

Alla Segreteria Territoriale Nursind di _____

Il/La sottoscritto/a _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____ / _____/ _____

residente in via _____ n° _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

Email: _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

qualifica _____ matricola _____

in servizio presso _____

nell'U.O. _____

☐ Assunto a Tempo **Indeterminato** ☐ Assunto a Tempo **Determinato**

Aderisce al Sindacato Nursind

con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione **per 12 mensilità** che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni da NURSIND comunicate. La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra azienda.
Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (_____)

data _____ / _____ / _____ in fede _____

Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi Nursind e alla trasmissione dei dati al Broker convenzionato con il sindacato esclusivamente per la stipula della polizza sulla RC professionale inclusa nell'iscrizione.

data _____ / _____ / _____ in fede _____