

Scrivere in stampatello leggibile

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ \ ____ \ ____

Cellulare _____

e-mail _____

Servizio Emergenza Territoriale Area _____

Autorizza NurSind al trattamento dei propri dati nell'ambito dell'iniziativa del Sindacato NurSind Azienda TNO volta al recupero delle somme non corrisposte previste dalla delibera Regione Toscana n° 438 del 10.5.2004 inerente incentivi per il personale operante nel sistema di emergenza territoriale.

Il presente modulo deve essere inviato al fax

050.791.20.21

entro il giorno 19 ottobre 2018

**L'adesione all'iniziativa non comporta
nessuna spesa né presente né futura per gli
ISCRITTI A NURSIND**

Si informa che non appena completata la raccolta dati, sarete convocati