Scrivere in stampatello leggibile

Il/la sottoscritto/a

Cognome_____Nome_____

Luogo di nascita_____ Data di nascita _______________

Cellulare_____

e-mail_____

Servizio Emergenza Territoriale Area_____

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

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