



NURSIND
SEGRETERIA PROVINCIALE LUCCA
Fax 0583.582767 - www.nursindlucca.it - lucca@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

Il sottoscritto

nata/o ail / /

residente in vian°

CittàProv. (___) CAP _____

–

tel. cell.

Email:

Codice Fiscale

qualificamatricola

in servizio presso

Tempo Indeterminato **Tempo Determinato** **Disoccupato** **Privato** **Libero Professionista**

si iscrive

al sindacato **NURSIND** con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione **per 12 mensilità** e 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 D.lg. 196/03, art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind.

data ___ / ___ / ___ in fede _____