



NurSind
**Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche**
Segreteria Provinciale di Roma

Recapito tel./fax 06/99925553
segreteriaroma@nursind.it - roma@pec.nursind.it
Via Casale Marittimo n. 2 - 00138 Roma
www.nursindroma.net

INPS

Sede di _____

Uff. Iscrizioni Segreteria Provinciale di Roma.

Il sottoscritto nata/o a il / /

Residente in via n°

Città Prov. (___) CAP

Tel. Cell.

Email:

Codice Fiscale

iscritto al sindacato **NURSIND** e titolare di pensione cat. n.
autorizza la Direzione Provinciale dell'Istituto di Previdenza a trattenere sulla pensione di cui sono titolare, in forza dell'art. 11 della legge 31/7/1975 n. 364, la somma di € 5,00 (cinque/00) per 12 mensilità e che dovrà essere canalizzata sul codice IBAN della Segreteria Provinciale NurSind di Roma sotto indicato.

La presente delega si intende tacitamente confermata di anno in anno se non interviene REVOCA a mezzo raccomandata indirizzata alla VS. Sede Provinciale e per conoscenza al NurSind.

Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (_____)

Codice IBAN IT62F076010320000085729416

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 _____