



# NURSIND – Segreteria Provinciale di Roma

[www.nursindroma.net](http://www.nursindroma.net)

tel/fax 0699925553

email: [segreteriaroma@nursind.it](mailto:segreteriaroma@nursind.it) – [roma@nursind.it](mailto:roma@nursind.it)

## All'Ufficio del Personale

---

---

## Alla Segreteria Territoriale NurSind di Roma

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a 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 di €11,50 (euro undici/50) sulla propria retribuzione **per 12 mensilità** e che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni dalla Segreteria Provinciale Nursind di Roma 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** (.....)

**Codice IBAN IT84J0306234210000001883248**

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 \_\_\_\_\_