



NURSIND – Segreteria Provinciale di Roma

www.nursindroma.net

tel 0699925553 fax 0698382809

email: segreteriaaroma@nursind.it – roma@nursind.it

All'Ufficio del Personale dell'Az. Osp. / ASL

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 €10,90 (euro dieci/90) 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 _____