



NURSIND

www.nursindfi.it

Fax 05710962238 - Cell.3338689080 (Whatsapp)
firenze@nursind.it

All'Ufficio del Personale Azienda: _____

Il/La sottoscritto/a _____

nata/o 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 sulla propria retribuzione **per 12 mensilità** 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 Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli 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 _____