

# NURSIND

[www.nursind.it](http://www.nursind.it)

Fax 050.791.20.21 cell. 3200826435 (whatsapp)

Email: [nazionale@nursind.it](mailto:nazionale@nursind.it) [info@nursind.it](mailto:info@nursind.it)



<b>All'Ufficio del Personale</b>											
<b>Alla Segreteria Territoriale Nursind di</b>											
Il/La sottoscritto/a											
Nata/o a		Prov			il						
Residente in via/c.so n.											
Città		Prov			CAP						
email		Tel			Cell.						
Codice Fiscale											
Qualifica		Matricola									
in servizio presso		U.O.									
Assunto a tempo		<input type="checkbox"/> Indeterminato <input type="checkbox"/> Determinato (scadenza del contratto ___/___/___)									
<p><b>Aderisce al Sindacato Nursind</b> con decorrenza immediata.</p> <p><b>Autorizza quindi codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione per 12 (dodici) mensilità</b> che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni comunicate da NURSIND.</p> <p><b>La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta e ai fini associativi ha valore su tutto il territorio nazionale.</b></p> <p><b>Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni precedente delega a favore di:</b></p>											
Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, <b>autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi</b> e dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento degli stessi pubblicata sul sito del sindacato alla pagina <a href="http://www.nursind.it/">www.nursind.it/</a>											
Luogo e data		Firma									
Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9,											
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>autorizzo la trasmissione dei dati al Broker incaricato dal sindacato per la attivazione della polizza assicurativa per Colpa Grave inclusa nell'iscrizione</b> <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO</li><li>• <b>autorizzo l'invio periodico al mio indirizzo email della newsletter di attualità sindacale prodotta da NurSind</b> <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO</li></ul>											
Luogo e data		Firma									

**Inviare per fax al 050.7912021 o WhatsApp 320.0826435**