



Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

Segreteria Provinciale di _____

www.nursindpescara.org – Email: argento2000@libero.it

Cell. 320.3134105 – Cell. 333.4125508

fax 085.8562177 – fax. 0864.950307

All'Ufficio del Personale

La/il sottoscritta/o

nata/o a il / /

residente in via n°

Città Prov. (___) Cap

tel. cell.

Codice Fiscale

Email:

qualificamatricola

in servizio presso

SI ISCRIVE

al sindacato **NURSIND** con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare **una trattenuta nella misura indicata dal NurSind per dodici mensilità** sulla propria retribuzione e 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 .

Ai sensi del D.lg. 196/03, art 13 e 23 e delle succ.mod. ed integraz. di cui al Dlegvo 196/03 ,, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind.

NB) La presente iscrizione al NurSind revoca ogni altra eventuale iscrizione ad altro Sindacato con effetto immediato .

Data FIRMA