



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 NURSIND CGS - DIPARTIMENTO SANITA' con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione, di **11 euro al mese per 12 mensilità** 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.

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

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

Firma