



All'Ufficio del Personale														
Alla Segreteria Territoriale Nursind di														
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>Aderisce alla Dipartimento Sanità CGS di Nursind con decorrenza immediata.</p> <p>Autorizza quindi codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione per 12 (dodici) mensilità che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni comunicate da Dipartimento Sanità CGS di Nursind.</p> <p>La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta e ai fini associativi ha valore su tutto il territorio nazionale.</p>														
<p>NB) La presente iscrizione al CGS di NurSind revoca ogni altra eventuale iscrizione ad altro Sindacato con effetto immediato</p>														
Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi e dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento degli stessi pubblicata sul sito del sindacato alla pagina www.nursind.it/														
Luogo e data					Firma									
Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9,														
<ul style="list-style-type: none">• autorizzo la trasmissione dei dati al Broker incaricato dal sindacato per la attivazione della polizza assicurativa per Colpa Grave inclusa nell'iscrizione <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO• autorizzo l'invio periodico al mio indirizzo email della newsletter di attualità sindacale prodotta da NurSind <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO														
Luogo					Data					Firma				