



<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 alla Dipartimento Sanità CGS di Nursind con decorrenza immediata.</b></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 Dipartimento Sanità CGS di 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>• 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</li><li>• autorizzo l'invio periodico al mio indirizzo email della newsletter di attualità sindacale prodotta da NurSind <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO</li></ul>												
Luogo e data		Firma										