CONFEDERAZIONE GENERALE SINDACALE

NURSIND
DIPARTIMENTO SANITA'
Via Belisario, 6 – 00187 Roma
Tel . 0644202738 – fax. 0692913943

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** 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.
Nb) Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (____)

data____/____/____in fede _____

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