



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>Visti gli artt. 3, 23,31 dello Statuto NurSind aderisce al 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>Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni precedente delega a favore di:</p>											
<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/</p>											
Luogo e data					Firma						
<p>Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9,</p> <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 e data					Firma						