



NURSIND

Sede Legale: via Barsanti, 12 – 47923 Rimini
Fax: 0541 1835034 www.romagnanursind.it romagna@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda

La/il sottoscritta/o

nata/o a

il

residente in via

n°

Città

Prov.

CAP

tel.

cell.

Email:

@

Codice Fiscale

qualifica

matricola

Tipo di contratto

Tempo Indeterminato

Tempo Determinato

Part-time al _____

in servizio presso

si iscrive

al sindacato **NURSIND** con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione **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.

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

data _____ in fede _____

Ai sensi del D.lg. 196/03, art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind.

data _____ in fede _____