



# NURSIND

## Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

Sede Legale: via Barsanti 12 – 47923 Rimini  
Fax: 0541 1835034 – Mail: 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

in servizio presso

### SI ISCRIVE AL SINDACATO NURSIND

Con la presente delega che ha decorrenza immediata, in conformità agli art. 1260 e seguenti Codice Civile, cede, ad ogni scadenza mensile, una quota pari ad € 8 per 12 mensilità quale cessione parziale del proprio credito, con la quale intende assolvere all'obbligo del pagamento del contributo associativo. Il versamento avverrà a cura del proprio datore di lavoro, in coincidenza con il pagamento di ciascuna mensilità sulle seguenti coordinate: IBAN IT95 P034 3124 2000 0000 0222 380

La cessione parziale del credito di cui sopra è permanente, salvo personale disdetta scritta.

**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