



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 €12 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 **IT21 U034 4024 2000 0004 7586 308**

con la causale **Quota associativa 2023 sindacato Nursind**

Nella quota annuale e compresa la polizza professionale per la responsabilità civile.

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

ai sensi del D.gl 196/03, artt 20 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi

Nursind.

data

in fede

Data _____