

NURSIND

www.nursindromagna.it

Cell. 3290683133 (WhatsApp)

Email: romagna@nursind.it



Sede legale: Via Barsanti 12- 47924 Rimini, RN

All'Ufficio del Personale		AUSL DELLA ROMAGNA									
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>Aderisce al Sindacato 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 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						



#costruiamoituidiritti