

NURSIND

www.nursind.it - www.nursindfrosinone.it

Fax 0776 546097 Cell. 349 8064069 (WhatsApp)
Email: frosinone@nursind.it - PEC: frosinone@pec.nursind.it



All'Ufficio del Personale											
Alla Segreteria Territoriale Nursind di		FROSINONE									
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>											
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/											
Luogo e data		Firma									
Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9,											
• 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									



#costruiamoituoidiritti