

Alla Segreteria Provinciale NurSind
Via M. del Carmine 250, 03023 Ceccano (Fr)



La/il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via/p.za _____ N. _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ cell: _____ Email: _____

qualifica _____ In servizio presso U.O. _____

Presidio/distretto _____

Matricola numero _____ telefono lavoro _____

Si iscrive al sindacato NurSind – il sindacato delle Professioni Infermieristiche con decorrenza immediata ed autorizza codesta Segreteria a far canalizzare la trattenuta sindacale sulla propria retribuzione mensile, secondo le indicazioni comunicate dalla segreteria provinciale NurSind Frosinone. La sopraccitata trattenuta potrebbe variare nella misura fissata annualmente dalla Direzione Nazionale NurSind.

Frosinone li _____

in fede _____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personale ai sensi della L. n. 675/96, il sottoscritto consente il loro trattamento nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statuari di NurSind. Il sottoscritto consente inoltre a che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro ed agli Enti Previdenziali e da questi trattenuti nella necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

In fede _____

Ricevuta del protocollo aziendale

disdetta al altri sindacati _____

Iscrizione ad altri sindacati _____

Via/p.za _____

Al Direttore amm.vo

POLO _____ sede _____

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via/p.za _____ N. _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ cell: _____ Email: _____

qualifica _____ In servizio presso U.O. _____

Presidio/distretto _____

Matricola numero _____ telefono lavoro _____

Si iscrive al sindacato **NurSind – il sindacato delle Professioni Infermieristiche** con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare una trattenuta sindacale sulla propria retribuzione mensile, che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni comunicate dalla segreteria provinciale NurSind Frosinone. La sopraccitata trattenuta potrebbe variare nella misura fissata annualmente dalla Direzione Nazionale NurSind.

Coordinate bancarie presso cui accreditare la trattenuta dovuta:

Beneficiario: NurSind Segreteria Provinciale Frosinone
Banca UniCredit C/C n. 000104033586, ABI 02008, CAB 14804
IBAN: IT 93 R 02008 14804 000104033586

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personale ai sensi della L. n. 675/96, il sottoscritto consente il loro trattamento nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statuari di NurSind. Il sottoscritto consente inoltre a che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro ed agli Enti Previdenziali e da questi trattenuti nella necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

In fede _____

N.B. con la presente, il Sottoscritto revoca immediatamente la precedente

iscrizione al sindacato _____

Frosinone li ____/____/____ in fede _____