



# NurSind

## SEGRETERIA di LATINA

Fax 0773019825 - www.nursindlatina.it

Email: latina@nursind.it

**All'Ufficio del Personale ASL Latina**

**Alla Segreteria Territoriale NurSind di Latina**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

qualifica \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

in servizio presso U.O \_\_\_\_\_ Presidio/distretto \_\_\_\_\_

Assunto a Tempo **Indeterminato**     Assunto a Tempo **Determinato**     **Disoccupato**

### *Aderisce al Sindacato NurSind*

con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione **per 12 mensilità** e che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni da NURSIND comunicate.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra azienda.

**Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato ( \_\_\_\_\_ )**

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ in fede \_\_\_\_\_

Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi Nursind e alla trasmissione dei dati al Broker convenzionato con il sindacato esclusivamente per la stipula della polizza sulla RC professionale inclusa nell'iscrizione.

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ in fede \_\_\_\_\_