



# NURSIND

[www.nursind.it](http://www.nursind.it)

Fax 06 92913943 Cell. 392 7913806 (Whatsapp)

Email: [nazionale@nursind.it](mailto:nazionale@nursind.it) [info@nursind.it](mailto:info@nursind.it)

Alla Segreteria Territoriale Nursind di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

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

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

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

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso (per i liberi professionisti) \_\_\_\_\_

Libero professionista

Disoccupato

## *Aderisce al Sindacato Nursind*

con decorrenza immediata e si impegna al versamento della quota annuale che dovrà essere versata secondo le indicazioni comunicate da NURSIND. La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta.

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.

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in fede \_\_\_\_\_