



## NURSIND

### Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

Sede Legale: via Squartini, 3 - 56121 Ospedaletto - Pisa  
Fax 050 3160049 www.nursind.it - nazionale@nursind.it

### All'Ufficio del Personale

**Azienda.....**

La/il sottoscritta/o .....

nata/o a ..... il .... / ..... / .....

residente in via ..... n° .....

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

tel. .... cell. ....

Email: .....

Codice Fiscale

qualifica ..... matricola .....

in servizio presso .....

### si iscrive

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 D.lg. 196/03, art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind.

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