



NURSIND

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

Segreteria Provinciale di Messina

C.F. 96008830836

All'ufficio del personale

Azienda _____

Alla Segreteria Provinciale NurSind di Messina

Via Comunale, 15 Galati S. Anna - 98134 - Messina

Fax: 1782716390 - Mail: messina@nursind.it

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___ e residente in via _____ N° _____

Città _____ Prov. (_____) C.A.P. _____ Tel. _____

cell. _____ Email _____

C.F. _____

U.O. di _____ in servizio presso _____

in qualità di _____ matricola n° _____

contratto a tempo: indeterminato - determinato data scadenza _____

autorizza ai sensi delle norme legali e contrattuali, il datore di lavoro a ritenere per 12 mensilità la somma di € 8.

Tale somma verrà trattenuta sulla retribuzione mensile mediante canalizzazione su C/C bancario, alle seguenti coordinate bancarie IBAN: --- IT36F0308301611000000069573 --- del conto corrente bancario intestato a:

“NurSind - SINDACATO PROFESSIONI INFERMIERISTICHE Segreteria Provinciale di Messina”, presso IWBank S.P.A.

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

La delega è presentata ai sensi dell'art. 26 L. 300/70, e si intende tacitamente rinnovata nei modi e nei termini di legge.

Ai sensi del D. lg. 196/03, artt.13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi NurSind.

Data _____

Firma _____

Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (_____) ai sensi della normativa vigente.

Data _____

Firma _____