

All'Ufficio Stipendi
Area Gestione del Personale
dell'Azienda

P.O./Servizio di

Il /La sottoscritto/a

nato/a a

il

Residente in Via

n,

Città

Prov.

Cap

Telef.

Cell.

Email

Cod. Fisc.

Qualifica

Matricola

In servizio presso

Assunta/o a tempo INDETERMINATO ☐

Assunta/o a tempo DETERMINATO ☐

ADERISCE

al NURSIND CGS - DIPARTIMENTO SANITA' con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione per dodici mensilità e che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni da NURSIND Segreteria Provinciale di Lecce 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 ().

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,

Firma

N.B. La presente delega deve essere inviata direttamente alla Segreteria NurSind Lecce tramite email o wathapp, la quale provvederà a inoltrarla all'azienda di appartenenza del lavoratore.

NURSIND

Segreteria Provinciale di LECCE

Via U. Foscolo, 6 (Corrispondenza Via L. Einaudi, 21) – 73032 ANDRANO (LE)

Telef. 347.34.23.464 – Sito internet: www.nursindlecce.it – Email: lecce@nursind.it - Pec: lecce@pec.nursind.it