NurSind Ragusa

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche
Viale Leonardo da Vinci,14 97100 Ragusa
cell. 320.698.1393
www.nursind-ragusa.it E-mail:ragusa@nursind.it-ragusa@pec.nursind.it

All'Ufficio del Personale
Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa
Piazza Igea n° 1 Ragusa 97100

il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Via _____ n° _____

Città _____ Prov _____ cap _____

E-mail: _____ cell: _____

Codice Fiscale: _____

Qualifica _____ matricola n° _____

in servizio presso _____ U.O _____

☐ assunto a tempo indeterminato ☐ assunto a tempo determinato

AUTORIZZA

Ai sensi delle norme legali e contrattuali,il datore di lavoro a ritenere per **12 (dodici)** mensilità la somma di **€ 13,00** a decorrere dal mese di _____ anno _____

Tale somma verrà trattenuta sulla retribuzione mensile con l'accreditamento sul **C.C. BANCARIO N°9G52160047550** (**IBAN IT71Q0326817000052160047550)** intestato a: **Segreteria Provinciale NurSind Ragusa**, presso la Banca Sella via Virgilio,14 Ragusa

Tale delega di riscossione dei contributi,che è consegnata ai sensi dell'art. 26 Legge 300/70, si intende tacitamente rinnovata nei modi e nei termini di legge.

Data _____ **Firma** _____

Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, **autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi** e dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento degli stessi pubblicata sul sito del sindacato alla pagina www.nursind.it/

Data _____ **Firma** _____

Ai sensi del regolamento U.E 679/2016 articoli 6 e 9,

- **autorizzo la trasmissione dei dati al Broker incaricato dal sindacato per la attivazione della polizza assicurativa** per Colpa Grave inclusa nell'iscrizione

  ☐ **SI** ☐ **NO**

- **autorizzo l'invio periodico al mio indirizzo email della newsletter di attualità sindacale** prodotta da NurSind

  ☐ **SI** ☐ **NO**

Data _____ **Firma** _____