



Associazione Nazionale SINDACATO Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica
Via Carlo Conti Rossini, 26 – 00147 Roma
Centro Nazionale di contatto 06.5121699 - Numero Verde : 800 95 95 29
Indirizzi internet: www.nursingup.it
E/Mail info@nursingup.it

STAMPATELLO

Da consegnare all'Amministrazione
(trattenerne copia con timbro di avvenuta ricezione)

Alla Amministrazione

Via

C.A.P. Città

IL SOTTOSCRITTO.....

QUALIFICA.....

MATRICOLA _____ E' ISCRITTO ALLA ASSOCIAZIONE NAZIONALE
SINDACATO PROFESSIONISTI SANITARI DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA "NURSING UP",
VIA CARLO CONTI ROSSINI, 26 - ROMA - 00147 .

Per garantire l'esercizio delle prerogative di cui alla legge 20/05/1970 n. 300 , ai sensi degli artt. 1260 e seguenti c.c., autorizza codesta spett.le Amministrazione a trattenere dalla propria retribuzione ed a versare alla predetta NURSING UP , a titolo di cessione di credito, la quota associativa prevista nella misura fissata da quest'ultima per i propri iscritti pari allo 0,80% della retribuzione mensile lorda calcolata su: paga base, indennità integrativa speciale, retribuzione individuale di anzianità, per dodici mensilità.

I versamenti delle trattenute di cui sopra dovranno essere effettuati in favore della Nursing Up a mezzo accredito sul conto corrente bancario presso UBI di Via Simone Martini , 1 - 00143 Roma , **Codice IBAN IT89N031110324800000003838** intestato a: Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica "Nursing Up" -Via Carlo Conti Rossini, 26 - 00147 Roma .

La presente delega decorre immediatamente dal momento di ricezione fino a revoca da parte dello scrivente. Il sottoscritto , ricevuta l'informativa attinente l'utilizzo dei miei dati personali , ai sensi dell'articolo 10 della legge 675/ 96 e delle successive modifiche ed integrazioni di cui al Dlegvo 196/03, consento al loro trattamento, nella misura necessaria al raggiungimento degli scopi istituzionali e/o sociali. Consento la loro trasmissione al datore di lavoro che li tratterà nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni. Il datore di lavoro si intende autorizzato a trasmettere in qualsiasi momento al sindacato i dati afferenti al sottoscritto.

Li FIRMA