



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 (con accesso ai siti regionali)
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.....SEDE DI LAVORO.....

E' ISCRITTO ALLA ASSOCIAZIONE NAZIONALE SINDACATO PROFESSIONISTI SANITARI DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA "NURSING UP", VIA CARLO CONTI ROSSINI, 26 – ROMA 00147 – ROMA
Ai sensi della vigente normativa contrattuale autorizza codesta spett.le Amministrazione a trattenere mensilmente dalla propria retribuzione ed a versare alla predetta NURSING UP il contributo sindacale spettante nella misura e secondo le dinamiche stabilite da quest'ultima per i propri iscritti .

Attualmente il contributo mensile risulta essere 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 , consente il loro trattamento , sia al datore di lavoro che all'Organizzazione Sindacale alla quale fa riferimento l'iscrizione 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.

LiFIRMA