



# NurSind

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche  
Segreteria Provinciale di Catania  
C.F. 91019190874

Al Sig. Direttore Generale

\_\_\_\_\_  
Alla Segreteria Provinciale NurSind di Catania  
Via Madonna della via 223/E1  
95041 Caltagirone  
Segr. Amm.: Fax 1782224786  
Segr. Prov.: Fax 1782221671

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_ unità operativa di \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ assunto/a a tempo indeterminato\_\_ determinato\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

autorizza ai sensi delle norme legali e contrattuali, il datore di lavoro a ritenere per 12 mensilità la somma di € 8.90 a decorrere dal mese di \_\_\_\_\_.

Tale somma verrà trattenuta sulla retribuzione mensile mediante canalizzazione su C/C bancario, alle seguenti coordinate bancarie IBAN: **IT 79 F 03359 01600 10000117735** del conto corrente bancario intestato a "NurSind SINDACATO PROFESSIONI INFERMIERISTICHE Segreteria Provinciale di Catania", presso Banca Prossima.

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.

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_