



# **CAMPAGNA ISCRIZIONI 2024 FAI LA COSA GIUSTA ISCRIVITI AL NURSIND ANCONA**

**Inizia un nuovo anno, ma il Nursind Ancona non cambia l'impegno per la tutela dei diritti e delle tutele degli infermieri.**

**Siate certi che saremo sempre presenti e disponibili per supportarvi e sostenervi in ogni vostra necessità, sia essa di natura lavorativa e professionale.**

**Per questo motivo, vi invitiamo a contattarci per qualsiasi problema o difficoltà, anche solo per un consiglio o un confronto.**

**E-mail: [ancona@nursind.it](mailto:ancona@nursind.it)**

**SEGR. PROVINCIALE +39 327 9147009**

**SEGR. AMMINISTRATIVO +39 327 8583902**

**RESP. FORMAZIONE +39 327 9147007**

**A.O.U. DELLE MARCHE +39 368 7858715**

**IRCCS INRCA +39 327 9147055**

**A.S.T. ANCONA +39 3425223990**

**A.S.T. SENIGALLIA +39 327 8583904**

**A.S.T. JESI +39 347 7120794**

**A.S.T. FABRIANO +39 327 8583906**

**CASE DI CURA PRIVATE +39 327 9147055**

**COORD. REGIONALE +39 327 8583901**

# NURSIND

[www.nursind.it](http://www.nursind.it)

Fax 06 92913943 Cell. 392 7913806 (WhatsApp)

Email: [nazionale@nursind.it](mailto:nazionale@nursind.it) [info@nursind.it](mailto:info@nursind.it)



<b>All'Ufficio del Personale</b>											
<b>Alla Segreteria Territoriale Nursind di</b>											
Il/La sottoscritto/a											
Nata/o a		Prov		il							
Residente in via/c.so n.											
Città		Prov		CAP							
email		Tel		Cell.							
Codice Fiscale											
Qualifica		Matricola									
in servizio presso		U.O.									
Assunto a tempo	<input type="checkbox"/> Indeterminato <input type="checkbox"/> Determinato (scadenza del contratto ___/___/___)										
<p><b>Aderisce al Sindacato Nursind</b> con decorrenza immediata.</p> <p><b>Autorizza quindi codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione per 12 (dodici) mensilità</b> che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni comunicate da NURSIND.</p> <p><b>La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta e ai fini associativi ha valore su tutto il territorio nazionale.</b></p>											
<p><b>Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni precedente delega a favore di:</b></p>											
Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, <b>autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi</b> e dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento degli stessi pubblicata sul sito del sindacato alla pagina <a href="http://www.nursind.it/">www.nursind.it/</a>											
Luogo e data		Firma									
Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9,											
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>autorizzo la trasmissione dei dati al Broker incaricato dal sindacato per la attivazione della polizza assicurativa</b> per Colpa Grave inclusa nell'iscrizione <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO</li><li>• <b>autorizzo l'invio periodico al mio indirizzo email della newsletter di attualità sindacale</b> prodotta da NurSind <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO</li></ul>											
Luogo e data		Firma									



#costruiamoituidiritti