



NURSIND

www.nursind.it

Fax 06 92913943 Cell. 392 7913806 (Whatsapp)

Email: nazionale@nursind.it info@nursind.it

Alla Segreteria Territoriale Nursind di _____

Il/La sottoscritto/a _____

nata/o a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in via _____ n° _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

Email: _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

qualifica _____

in servizio presso (per i liberi professionisti) _____

Libero professionista

Disoccupato

Aderisce al Sindacato Nursind

con decorrenza immediata e si impegna al versamento della quota annuale che dovrà essere versata secondo le indicazioni comunicate da NURSIND. La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta.

data ____ / ____ / ____

in fede _____

Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi Nursind e alla trasmissione dei dati al Broker convenzionato con il sindacato esclusivamente per la stipula della polizza sulla RC professionale.

data ____ / ____ / ____

in fede _____