



## AZIENDA



.....  
"NURSING UP"  
Associazione Nazionale Sindacato Professionisti  
Sanitari della Funzione Infermieristica  
Via Carlo Conti Rossini, 26 - 00147 ROMA  
Tel./fax: 06.5123395 - Email: [info@nursingup.it](mailto:info@nursingup.it)  
Sito: [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it)

AL SINDACATO  
"NURSING UP"  
Via Carlo Conti Rossini, 26  
00147 Roma

### OGGETTO: RICHIESTA ADESIONE AI SERVIZI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_  
Cell.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Qualifica \_\_\_\_\_ Rep./Serv. \_\_\_\_\_ Ospedale \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ Comune di nascita: \_\_\_\_\_  
Provincia di nascita \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
Anno laurea/diploma \_\_\_\_\_ Anno iscrizione albo/ordine \_\_\_\_\_

### CHIEDE DI POTER UTILIZZARE

IL SERVIZIO NURSING INFORMA  
IL SERVIZIO NURSING LEGALE  
IL SERVIZIO NURSING MAGAZINE  
I SERVIZI REGIONALI NURSING UP  
IL PACCHETTO ASSICURATIVO GRATIS



A tal fine chiede che gli venga assegnato il codice personale di accesso.  
Sulle modalità di utilizzo dei servizi lo scrivente chiederà direttamente al rappresentante sindacale "Nursing Up" e si atterrà alle direttive ricevute.

Dichiara di essere regolarmente iscritto a codesta Organizzazione Sindacale.

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa attinente l'utilizzo dei miei dati personali, ai sensi dell'articolo 10 della legge 675/96, consento al loro trattamento nella misura necessaria al raggiungimento degli scopi sociali e dei servizi richiesti, consento la trasmissione all'indirizzo sopra specificato delle informazioni a me dirette da parte del sindacato.

Li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Non compilare nella zona sottostante!

Rep./Serv.: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ Nursing Up Servizi

Ospedale: \_\_\_\_\_