



Associazione Nazionale SINDACATO Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica

Via Carlo Conti Rossini, 26 – 00147 Roma

Tel Fax **065123395** Numero Verde **800959529**

Indirizzo internet: www.nursingup.it

E/Mail: info@nursingup.it

STAMPATELLO

Da consegnare all'Amministrazione

(trattenere copia con timbro di avvenuta ricezione)

Alla Amministrazione _____

Via _____

C.A.P. _____ Città _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

CODICE FISCALE _____

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 – 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, per 12 mensilità, calcolata sulla somma delle seguenti voci della busta paga:

- Stipendio tabellare
- Indennità di specificità infermieristica
- Indennità tutela malato e promozione della salute

I versamenti delle trattenute di cui sopra dovranno essere effettuati in favore della Nursing Up a mezzo bonifico sul conto corrente bancario presso Intesa Sanpaolo, Filiale di appoggio del rapporto: ROMA VIA D.DI BUONINSEGNA, 9/11, **Codice IBAN IT85M0306903207100000067619** intestato a: Nursing Up. La presente delega decorre immediatamente dal momento di ricezione fino a revoca formale che dovrà esservi notificata da parte del sottoscrittore del presente modulo. La presente viene consegnata direttamente dall'interessata o da un suo delegato.

Con la sottoscrizione della presente, il/la sottoscritto/a chiede formalmente che, ai fini della rilevazione della Rappresentatività Nazionale delle OO.SS. di cui all' art 43 dlgs 165/ 2001, la propria delega venga imputata esclusivamente alla O.S. "Nursing Up" . Con la sottoscrizione del presente modulo, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali funzionali al servizio in esso richiesto, nel rispetto dell'informativa privacy del Nursing Up ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 679/2016, consultabile nella home page del sito www.nursingup.it.

Attenzione: l'iscrizione al Sindacato non dà automaticamente diritto ad alcun servizio/assicurazione gratuito, per godere dei servizi e delle assicurazioni gratuiti e' necessario conoscerne previamente limiti e condizioni ed aderire, se ritenuto, con cadenza annuale, attraverso l'apposita procedura on line disponibile sul sito www.nursingup.it. La mancata, puntuale e/o corretta adesione comporta la non fruibilità di alcun servizio / assicurazione gratuito.

Luogo _____ Data _____ Firma _____