



Associazione Nazionale
SINDACATO Professionisti
Sanitari della Funzione Infermieristica
Via Cristoforo Colombo, 193 - 00147 ROMA
Tel. 06 5123395 FAX 06-5123395 n. VERDE 800 95 95 29
INTERNET ROMA ☎ <http://www.nursingup.it> / E-MAIL ROMA ✉ segreteria@nursingup.it

STAMPATELLO

Da consegnare all'Amministrazione
(trattenerne copia con timbro di avvenuta ricezione)

Alla Amministrazione

Via _____

CAP _____ Città _____

IL SOTTOSCRITTO _____

QUALIFICA _____

MATRICOLA _____ SEDE DI LAVORO _____

E' ISCRITTO ALLA ASSOCIAZIONE NAZIONALE SINDACATO PROFESSIONISTI SANITARI DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA "NURSING UP" , VIA CRISTOFORO COLOMBO, 193 – ROMA 00147 – ROMA. 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 0,60% della retribuzione mensile lorda calcolata su: paga base, indennità integrativa speciale, retribuzione individuale di anzianità, per dodici mensilità.

I versamenti delle trattenute di cui sopra dovranno essere effettuati in favore della Nursing Up a mezzo accredito sul conto corrente bancario n. 000000003838 presso la Banca di Brescia di Via Simone Martini , 1 – 00143 Roma, codice ABI: 03500, codice CAB: 03200 Codice CIN: K Codice IBAN: IT25K0350003200000000003838 intestato a: Associazione Nazionale / Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica – Via Cristoforo Colombo, 193 – 00147 Roma. La presente delega decorre immediatamente dal momento di ricezione fino a revoca da parte dello scrivente. Il sottoscritto, ricevuta l'informativa attinente l'utilizzo dei miei dati personali, ai sensi dell'articolo 10 della legge 675/ 96 e delle successive modificazioni ed integrazioni di cui al D. L.gvo 196/03, consente il loro trattamento, sia al datore di lavoro che all'Organizzazione Sindacale alla quale fa riferimento l'iscrizione nella misura necessaria al raggiungimento degli scopi istituzionali e/o sociali. Consento la loro trasmissione al datore di lavoro che li tratterà nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni. Il datore di lavoro si intende autorizzato a trasmettere in qualsiasi momento al sindacato i dati afferenti al sottoscritto.

Li _____ FIRMA _____

NURSING-UP NAZIONALE

Internet ☎ <http://www.nursingup.it> e-mail ✉ nursingup@nursingup.it FAX ☎ 06.5123395



Associazione Nazionale
SINDACATO Professionisti
Sanitari della Funzione Infermieristica
Via Cristoforo Colombo, 193 - 00147 ROMA
Tel. 06 5123395 FAX 06-5123395 n. VERDE 800 95 95 29
INTERNET ROMA ☎ <http://www.nursingup.it> / E-MAIL ROMA ✉ segreteria@nursingup.it

Spett. Sindacato

e.pc.
Spett. Ufficio Stipendi Azienda

Via _____

CAP _____

CITTA' _____

OGGETTO: dichiarazione revoca iscrizione sindacale

Il sottoscritto _____ con la qualifica di
_____ in servizio presso _____
_____ con la matricola n. _____

D I C H I A R A

Di revocare l'adesione al sindacato _____ con decorrenza
immediata, pertanto richiedo la contestuale sospensione della trattenuta relativa alla quota di iscrizione allo
stesso.

Distinti saluti.

DATA _____ FIRMA _____

NURSING-UP NAZIONALE

Internet ☎ <http://www.nursingup.it> e-mail ✉ nursingup@nursingup.it FAX ☎ 06.5123395



Associazione Nazionale
SINDACATO Professionisti
Sanitari della Funzione Infermieristica
Via Cristoforo Colombo, 193 - 00147 ROMA
Tel. 06 5123395 FAX 06-5123395 n. VERDE 800 95 95 29
INTERNET ROMA ☎ <http://www.nursingup.it> / E-MAIL ROMA ✉ segreteria@nursingup.it

Città _____

AL SINDACATO "NURSING UP"
SEDE

OGGETTO: Richiesta di iscrizione ai servizi riservati agli iscritti Nursing-up

Il sottoscritto _____ qualifica _____

In servizio presso il Distretto _____

Ospedale _____ UO _____

Domiciliato in via _____ n _____ telefono _____

Città _____ CAP _____ PROV _____

A tal fine dichiara 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.

Il sottoscritto ricevuta l'informativa attinente l'utilizzo, dei miei dati personali, ai sensi dell'articolo 10 della Legge 675/96, come integrato dal successivo D. Lgs 196/03, 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.

AUTORIZZAZIONE AI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Il sottoscritto preso atto della seguente informazione prevista dalla legge 675/96 e dal Dlegvo 196/03 sul trattamento dei propri dati personali : a) i dati saranno trattati solo per le comunicazioni del sindacato all'interessato; b) i dati da dichiarare sono obbligatori ; c) le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere consistono nella non utilizzabilità dei servizi di consulenza telefonica ; d) i dati personali saranno utilizzati esclusivamente per comunicazioni inerenti questioni sindacali e non saranno comunicati a nessun soggetto terzo ; e) In base alla art 7 dlegvo 196/03 lei ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, ha diritto di ottenere l'indicazione a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. 3 lei ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. 4. Lei ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale c) Lei potrà inibirne in qualsiasi momento l'utilizzo con comunicazione scritta da inviarsi al legale rappresentante pro tempore della O.S. NURSING-UP Via Cristoforo Colombo, 193 - 00147 - ROMA. Tanto premesso e considerato il sottoscritto ne autorizza sin da ora il trattamento per le esigenze e finalità tutte previste.

DATA _____ FIRMA _____

NURSING-UP NAZIONALE

Internet ☎ <http://www.nursingup.it> e-mail ✉ nursingup@nursingup.it FAX ☎ 06.5123395