



# NURSIND – Segreteria Provinciale di Roma

[www.nursindroma.net](http://www.nursindroma.net)

tel 0699925553 fax 0698382809

email: [segreteriaroma@nursind.it](mailto:segreteriaroma@nursind.it) – [roma@nursind.it](mailto:roma@nursind.it)

## Alla Segreteria Territoriale NurSind di Roma

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a 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 pagando la somma annuale di €144 (12€ per 12 mensilità) con bonifico bancario al seguente codice IBAN **IT71G0569603215000007112X27** intestato a NURSIND Provincia di Roma.

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 inclusa nell'iscrizione.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

in fede \_\_\_\_\_