



Associazione Nazionale **SINDACATO Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica**  
Via Carlo Conti Rossini, 26 – 00147 Roma Tel Fax 065123395 Numero Verde 800959529  
E-mail: [info@nursingup.it](mailto:info@nursingup.it)

### STAMPATELLO

Da consegnare all'Amministrazione  
(trattenerne 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 - 00147 ROMA.

Per garantire l'esercizio delle prerogative di cui alla legge 20/05/1970 n. 300 , ai sensi degli artt. 1260 e seguenti c.c., autorizza codesta spett.le Amministrazione a trattenere dalla propria retribuzione ed a versare alla predetta NURSING UP , a titolo di cessione di credito, la quota associativa prevista nella misura fissata da quest'ultima per i propri iscritti pari allo 0,80% della retribuzione mensile lorda calcolata su: paga base, indennità integrativa speciale, 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 presso UBI di Via Simone Martini , 1 – 00143 Roma , **Codice IBAN IT89N031110324800000003838** intestato a: Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica "Nursing Up" –Via Carlo Conti Rossini, 26 – 00147 Roma .

La presente delega decorre immediatamente dal momento di ricezione fino a revoca da parte dello scrivente. La presente va consegnata direttamente dal sottoscrittore o da un suo delegato.

Avendo preso visione dell'informativa ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 679/2016, consultabile nella home page del sito [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it) , il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati per tutte le finalità ivi previste con riferimento ai dati riguardanti l'iscrizione sindacale comunicati agli Enti interessati ed all'Ente amministrante le proprie competenze, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla adesione al Sindacato Nursing Up.

.....li.....FIRMA .....



**Nationale Krankenpflegegewerkschaft**

Carlo Conti Rossini str. 26 – 00147 Roma Tel Fax 06 5121699 Grüne Nummer 800959529

E-mail: [info@nursingup.it](mailto:info@nursingup.it)

**BLOCKSCHRIFT**

Der Verwaltung abzugeben

(Kopie mit Abgabestempel behalten)

An die Verwaltung.....

Str. ....

P.L.Z. ....Stadt .....

DIE/DER UNTERFERTIGTE.....

STEUERNUMMER.....

EINSTUFUNG ALS.....

MATRIKEL NR.....DIENSTSITZ.....

IST IN DER NATIONALEN KRANKENPFLEGERGEWERKSCHAFT "NURSING UP" – CARLO CONTI ROSSINI STR. 26 – 00147 ROMA EINGESCHRIEBEN. Um das Recht, wie im Gesetz 20/05/1970 n. 300, Art. 1260 und folgende geregelt, auszuüben, ermächtigt diese Verwaltung, ihr/ihm den festgelegten Gewerkschaftsbeitrag vom Monatslohn abzuziehen und an die Gewerkschaft NURSING UP zu überweisen, im Ausmaße wie es von derselben bestimmt ist.

Der Monatsbeitrag beläuft sich auf 0,80 % des Bruttogehaltes berechnet auf folgende Gehaltselemente: Grundgehalt, Sonderergänzungszulage für zwölf Monate.

Die monatlichen Beiträge für die Gewerkschaft NURSING UP sind auf das Konto bei UBI in der Simone Martini Str. 1-00143 Roma, **IBAN IT89N031110324800000003838**, lautend auf: Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della funzione Infermieristica- via Carlo Conti Rossini, 26, 00147 Roma, einzuzahlen.

Diese Vollmacht tritt sofort ab Erhalt dieser Mitteilung in Kraft und gilt bis zum Widerruf durch den/der Unterfertigten. Dieses Dokument wird von der unterschreibenden bzw. delegierten Person im zuständigen Amt abgegeben.

Nach Einsichtnahme in die Mitteilung im Sinne des Art. 13 der EU Bestimmung 679/2016, ersichtlich auf der Internetseite [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it), ermächtigt der/die Unterfertigte die Verwendung der persönlichen Daten zu allen dafür notwendigen Zwecken in Bezug auf die Gewerkschaftseinschreibung, Mitteilungen an die zuständigen Ämter und Verwendung derselben für die rechtens vorgeschriebenen institutionellen Zwecke und Amtspflichten zwecks Gewerkschaftsbeitritt.

.....li.....UNTERSCHRIFT.....