



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](http://www.nursingup.it)  
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 SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

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 Banca Popolare di Sondrio, Agenzia n.14 di Roma **Codice IBAN IT38S0569603214000007080X58** 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](http://www.nursingup.it).

**Attenzione: l'iscrizione al Sindacato non da 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](http://www.nursingup.it). La mancata, puntuale e/o corretta adesione comporta la non fruibilità di alcun servizio / assicurazione gratuito.**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_

**Nato a:** \_\_\_\_\_ **Prov. ( )** **Il giorno:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sesso:** \_\_\_\_

**Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_ **Partita iva** (se libero professionista): \_\_\_\_\_

**Domiciliato in** (via, piazza, ecc.): \_\_\_\_\_

**Provincia:** \_\_\_\_\_ **CAP:** \_\_\_\_\_ **Comune:** \_\_\_\_\_

**Telefono cell.:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**Inquadramento Lavorativo:**

Dipendente Pubblico       Dipendente Privato       Libero Professionista

**Tipologia contratto di lavoro:**

Tempo indeterminato       Tempo Determinato       Altro \_\_\_\_\_

**Attività professionale svolta:** \_\_\_\_\_

**Tipo di struttura in cui è svolta prevalentemente l'attività lavorativa:**

\_\_\_\_\_  Privata       Altro

**Attualmente in servizio presso:** \_\_\_\_\_ **U.O.** \_\_\_\_\_

**Anno conseguimento titolo di studio:** \_\_\_\_\_

**Anno di iscrizione all'albo (se pertinente\*):** \_\_\_\_\_

**Password per credenziali di accesso all'area riservata sul sito [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it)**

\_\_\_\_\_  
(minimo 8 caratteri di cui almeno 1 lettera maiuscola, 1 minuscola e 1 numero)

Spett. Ufficio Stipendi Azienda

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

e.pc.  
Spett. Sindacato

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_