

All'Ufficio del Personale

Il/La Sottoscritto/a

Matricola n°

Qualifica

Unità di appartenenza

Si iscrive al Sindacato CO.IN.A. con decorrenza immediata e autorizza codesta Amministrazione ad effettuare, sulla propria retribuzione, la trattenuta mensile di € 8,00 quota fissata dal Consiglio Direttivo del CO.IN.A.

Tale quota sarà versata interamente sul C/C Bancario **IBAN IT 24 W 02008 053140 00400333498** intestato a: CO.IN.A. COORDINAMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO.

Con la presente si intende esplicitamente revocata ogni precedente iscrizione a favore di altro Sindacato.

Data ___/___/___

In fede _____

Per il CO.IN.A. _____

MODULO DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA PROVINCIALE

Il/La Sottoscritto/a

Matricola n°

Qualifica

Unità di appartenenza

Residente in Via

Città

CAP



Tale quota sarà versata interamente sul C/C Bancario **IBAN IT 24 W 02008 053140 00400333498** intestato a: CO.IN.A. COORDINAMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO.

Ai sensi del D.lg. 196/03, art. 23 e ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, presto il consenso dei miei dati personali ai soli fini associativi del CO.IN.A. nonché per l'iscrizione automatica ai siti internet www.coina.it www.coinanews.it e per la ricezione (via mail) di newsletter informative periodiche sulle attività associative.

Data ___/___/___

In fede _____

Per il CO.IN.A. _____