



COORDINAMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO

L.go A. Gemelli, 8 - 00168 Roma

C.F. 96299420586

Tel. 06.30155256 – TelFax 06.3054299 cell. 3296734378

www.coina.eu – info@coina.eu

Segreteria Nazionale

MODULO DI ISCRIZIONE COINA

Il/La sottoscritto/a _____

Qualifica _____ nato/a il _____

a _____ Prov. _____ residente in _____

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel./cell. _____ email _____

nome azienda _____

indirizzo azienda Via _____

n. _____ città _____ (Pr. _____) C.A.P. _____

si iscrive al Coordinamento Infermieristico Autonomo (CO.IN.A.) e autorizzo versando € 15,00 (quindici/00) mensili sul seguente conto corrente IBAN della Unicret Banca intestato a COINA COORDINAMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO

IT 24 W 02008 05314 000400333498

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

Preso atto del D.Lgs. n. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza il Coordinamento Infermieristico Autonomo (CO.IN.A.) e il datore di lavoro a trattare i propri dati personali per le finalità di cui alla presente iscrizione. Dichiaro altresì di aver preso conoscenza dello Statuto pubblicato nel sito www.coina.it e di accettarlo e rispettarlo e di aver aderito alle relative delibere e regolamenti.

Data _____

Firma _____