



A.N.I.G.E.P.

(Associazione Nazionale Infermieri Generici e Puericultrici Esperti)

Sede Amministrativa: Via nazionale, 56 Castelnuovo Vomano
64020 Castellalto (TE)

DELEGA ASSOCIATIVA

All'Amministratore del P. O di _____ A.S.L. _____

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

Residente a _____ In Via _____ N. _____

In servizio presso il P.O. di _____ A.S.L. di _____

Qualifica _____ Cat. _____ Tel. _____

DICHIARA DI ADERIRE

All'Associazione di categoria ANIGEP accettando le norme statutarie e regolamentari, Autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile pari a 3EURO per dodici mensilità a favore dell'Associazione. da versare sul C.C. numero 5748 della Banca Monte dei paschi di Siena f.le di Pineto Via G. D'annunzio, 91 64025 Pineto Teramo.

Il/La Sottoscritto/a dichiara che la seguente delega:

- a) ha efficacia a partire dal mese di _____ 20 _____;
- b) s'intende lecitamente rinnovato di anno in anno;
- c) potrà essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta da inviare all'amministrazione di appartenenza e all'Associazione ANIGEP e che l'effetto della revoca decorre dal primo giorno del mese successivo al ricevimento della stessa;
- d) annulla e revoca deleghe sottoscritte a favore di altre associazioni;

Data: _____ Firma per esteso _____

Legge 31/12/96, N. 675. Consenso al trattamento dei dati personali per finali strettamente inerenti all'attività dell'Associazione. Preso atto dell'informativa sull'uso dei miei dati personali e sui relativi miei diritti che L'ANIGEP mi ha consegnato nel rispetto della Legge. Barrando una delle caselle sottostanti. esprimo il mio consenso/diniego per il trattamento dei dati secondo quanto precisato nell'informativa stessa c. a tal fine appongo la mia firma.

SI NO Firma: _____

Legge 31/12/96, N. 675. Consenso al trattamento dei dati personali Preso atto dell'informativa sull'uso dei miei dati personali

* Copia per l'Amministrazione Firma: _____