



NEXSUS – INFERMIERI CONNESSI
ASSOCIAZIONE SINDACALE CATEGORIA INFERMIERI
CODICE FISCALE 90060450377

CONTATTI EMAIL info@infermiericonnessi.it PEC nexsusitalia@pec.it TELEFONO 3343323420

Modulo di Iscrizione - Nexsus - Infermieri Connessi

Al Direttore Generale dell'Amministrazione

Nome Azienda _____

Regione/Città _____

Il/la sottoscritto/a: Nome: _____ Cognome: _____

Matricola Aziendale: _____ Codice Fiscale _____

- Qualifica: Infermiere Infermiere Pediatrico
- Attività: Dipendente pubblico Dipendente cooperativa/struttura privata

COMUNICA di aderire al sindacato *NEXSUS – Infermieri Connessi*, autorizzando l'Amministrazione, ai sensi della normativa contrattuale vigente, a trattenere dalla propria retribuzione mensile la quota sindacale pari a € 9,00 per 12 mensilità, da versare direttamente all'associazione sindacale sopra indicata al seguente

IBAN: IT 50 T 05080 21006 CC0060686422

Tutela dei Dati Personali

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali forniti, nei limiti e per le finalità istituzionali, amministrative e organizzative del sindacato. I dati potranno essere comunicati all'Ente erogatore del trattamento economico per l'espletamento degli adempimenti previsti dalla normativa vigente. L'interessato autorizza inoltre l'utilizzo dei dati per fini statistici, informativi e promozionali riguardanti le attività sindacali di Nexsus o dei suoi fiduciari.

--- DISDETTA AD ALTRA SIGLA SINDACALE---

Richiedo la disdetta dal sindacato attualmente in essere, autorizzando *NEXSUS – Infermieri Connessi* a trasmettere la comunicazione formale.

Sindacato da cui intendo disdire: _____

CONSENSO PER COMUNICAZIONI SINDACALI

Autorizzo *NEXSUS – Infermieri Connessi* a inviarmi comunicazioni relative alle attività sindacali: assicurazioni, offerte, formazione, master, convenzioni, cambi, concorsi, mobilità, notizie, novità, normativa, etc. Tramite Tutto, Email Telefono/WhatsApp Newsletter mensile

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro di voler aderire al sindacato *NEXSUS – Infermieri Connessi*, accettandone lo Statuto e il Regolamento interno. Mi impegno al versamento della quota associativa autorizzata e acconsento all'invio delle comunicazioni come sopra specificato.

Data: _____

Firma: _____

Delega per Attivazione Servizi Riservati agli Iscritti

NEXSUS – Infermieri Connessi

Associazione Nazionale Sindacato Indipendente di Categoria

Il/La sottoscritto/a

- **Nome e Cognome:** _____
- nato a _____, il _____ residente a _____
_____ Cellulare _____
- Email _____

DELEGA

Delego la Segreteria Nazionale di NEXSUS – Infermieri Connessi ad attivare, per mio conto in quanto associato regolarmente iscritto, tutti i servizi, fiscali, formazione, eventuali assicurativi e convenzioni gratuite previste. Autorizzo l'invio delle relative ricevute assicurative e tessera al mio indirizzo email o PEC.

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, dichiaro di essere stato/a informato/a che:

- I dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti elettronici, esclusivamente per finalità istituzionali, organizzative e gestionali del sindacato e per l'erogazione dei servizi a me riservati come iscritto.
- I dati potranno essere comunicati a soggetti terzi (compagnie assicurative, enti convenzionati, enti pubblici o privati) esclusivamente per finalità connesse all'attivazione e alla gestione delle coperture e convenzioni, nei limiti previsti dalla legge e dai regolamenti.
- I dati saranno conservati per il periodo strettamente necessario al perseguimento delle finalità per cui sono stati raccolti.
- In qualsiasi momento potrò esercitare i miei diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità dei dati, scrivendo a: nexus@infermiericonnessi.it

CLAUSOLA DI DECADENZA

Dichiaro di essere a conoscenza che in caso di mancata trattenuta della quota sindacale mensile o di revoca dell'autorizzazione alla trattenuta, decadranno automaticamente tutte le coperture assicurative, le convenzioni attivate e i benefici riservati agli iscritti, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte del Sindacato.

COME HAI CONOSCIUTO NEXSUS? (metti una X)

Social Newsletter Un amico Un dirigente (nome): _____

Data: ____ / ____ / _____ Firma: _____

- **NOTA BENE:** Per i COLLEGHI che lavorano in libera professione o presso cooperative/aziende private che **non** effettuano trattenuta sindacale in busta paga, è possibile versare la **quota annuale di 80€** tramite bonifico bancario **IBAN IT50 T 05080 21006 CC0060686422**

Intestato NEXSUS – Infermieri Connessi Causale: Quota annuale 2025 Allegare la ricevuta di pagamento e inviarla via email a: info@infermiericonnessi.it oppure a

Si ricorda, inoltre, che eventuali variazioni di residenza o sede di lavoro devono essere comunicate tempestivamente alla Segreteria, al fine di aggiornare le coperture assicurative e i servizi riservati agli iscritti.

Qualsiasi info: nexus@infermiericonnessi.it WHATSAPP/TEL: 3343323420