



NEXSUS – INFERMIERI CONNESSI  
ASSOCIAZIONE SINDACALE CATEGORIA INFERMIERI  
CODICE FISCALE 90060450377

CONTATTI EMAIL [info@infermiericonnessi.it](mailto:info@infermiericonnessi.it) PEC [nexsusitalia@pec.it](mailto: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 € 15,00 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, le coperture assicurative, fiscali, formazione 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](mailto: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 120€** 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](mailto: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](mailto:nexus@infermiericonnessi.it) WHATSAPP/TEL: 3343323420