

(da compilare in ogni sua parte in carattere STAMPATELLO MAISCOLO ed in modo LEGGIBILE, prestando particolare attenzione ad inserire correttamente tutti i dati richiesti)

Nome e Cognome: _____

Nato a: _____ Il giorno: ___/___/___ Sesso: _____

Codice Fiscale: _____ Partita iva (se libero professionista): _____

Domiciliato in (via, piazza, ecc.): _____

Provincia: _____ CAP: _____ Comune: _____

Telefono: _____ e-mail: _____

Inquadramento Lavorativo:

Dipendente Pubblico Dipendente Privato Libero Professionista

Tipologia contratto di lavoro:

Tempo indeterminato Tempo Determinato Altro _____

Attività professionale svolta: _____

Tipo struttura in cui è svolta prevalentemente l'attività lavorativa:

Pubblica Privata Altro

Attualmente in servizio presso: _____

Anno conseguimento titolo di studio (se pertinente*): _____

Anno di iscrizione all'albo (se pertinente*): _____

Io sottoscritto, pur consapevole di dover personalmente e contestualmente alla sottoscrizione della presente dichiarazione espletare, mediante la piattaforma informatica all'uopo predisposta dal Nursing Up, tutte le procedure di registrazione previste, indispensabili a dare efficacia alla piena e complete adesione dello scrivente ai vari Servizi offerti dal Nursing Up, dichiaro di non aver al momento, a disposizione gli strumenti informatici necessari per ottemperare tale obbligo, pur trattandosi di un preciso "dovere personale".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, pertanto chiedo e conferisco mandato, con formula ampia e senza riserva, al sig. Silvano Bottin, Rappresentante Sindacale del Nursing Up, affinché esperisca a mio nome e per mio conto, tutte le procedure di registrazione sopra citate.

Luogo e data _____

Firma per esteso e leggibile _____