

## DOMANDA DI AMMISSIONE A COOPERAZIONE SALUTE WELFARE AZIENDALE

**Il/La Sottoscritto/a** ....., nato a ....., il .....,  
residente a ..... (.....), via ....., c.a.p. ....,  
Codice fiscale ....., E-mail ....., Cell .....

**In qualità di Legale Rappresentante Pro Tempore della Cooperativa** .....,  
....., CF/Partita IVA .....,  
sede legale sita in ..... (.....), via .....,  
c.a.p. ...., Tel. ...., E-mail ....., Pec. ....

### Premesso che:

1. Confcooperative ha promosso la costruzione di un Sistema mutualistico nazionale per dare vita ad un nuovo pilastro di welfare cooperativo, individuando in Cooperazione Salute il Fondo Sanitario su cui incardinare lo sviluppo del progetto;
2. L'Adesione a Cooperazione Salute, oltre a consentire alle cooperative di assolvere agli obblighi contrattuali di sanità integrativa in favore dei propri dipendenti, è aperta a:
  - a) Cooperative interessate a sottoscrivere per i propri dipendenti una copertura sanitaria migliorativa rispetto a quella prevista dal contratto collettivo applicato in azienda;
  - b) Cooperative interessate ad attivare programmi di welfare aziendale per i collaboratori nei confronti dei quali non sussiste un obbligo contrattuale di sanità integrativa (subordinati, parasubordinati, autonomi);
  - c) Cooperative interessate a sottoscrivere una copertura sanitaria per i componenti del proprio Consiglio di Amministrazione.
3. Il Consiglio d'Amministrazione della Cooperativa ha deliberato di aderire a Cooperazione Salute affinché tutti o talune categorie di collaboratori e/o tutti gli amministratori, una volta istituito il vincolo sociale, possano beneficiare dei servizi di assistenza sanitaria forniti dal Fondo.

### Chiede:

In nome proprio e per conto dei propri dipendenti e/o collaboratori, l'ammissione di questi ultimi a soci beneficiari della copertura sanitaria descritta nel:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PIANO 60 – Contributo € 60,00   | <input type="checkbox"/> PIANO 84 – Contributo € 84,00   |
| <input type="checkbox"/> PIANO 108 – Contributo € 108,00 | <input type="checkbox"/> PIANO 132 – Contributo € 132,00 |
| <input type="checkbox"/> PIANO 156 – Contributo € 156,00 | <input type="checkbox"/> PIANO 180 – Contributo € 180,00 |

### Data decorrenza iscrizione/copertura sanitaria:

\_\_\_\_\_

In particolare, la copertura sanitaria sarà attivata per:

.....  
.....  
*(Indicare una o più categorie di beneficiari della copertura sanitaria, secondo la classificazione riportata al Punto 2. delle Premesse)*

### Dichiara:

- Che i dati contenuti nel file excel "Dati Azienda e Dati Beneficiari" (allegato alla Domanda di Adesione) corrispondono a verità e riguardano la totalità degli amministratori e/o dei collaboratori (subordinati, parasubordinati, autonomi) della Cooperativa, oppure la totalità dei collaboratori appartenenti alla categoria/alle categorie individuata/e come destinataria/e della copertura sanitaria, senza nessuna discriminazione o esclusione.
- Di aver preso visione dei contenuti degli Allegati alla Domanda di Adesione (A1. Piano Sanitario, A2. Norme di Attuazione, A3. Informativa Privacy, A4. Dati Azienda e Beneficiari, A5. Variazione Dati Azienda e Beneficiari e Dati nucleo familiare, A6. Richiesta Iscrizione Nucleo Familiare) e di accettare

integralmente Statuto e Regolamento di Cooperazione Salute e ogni successiva modificazione degli stessi, come ogni altra deliberazione degli organi sociali;

- Di aver sottoposto ai propri collaboratori l'Informativa Privacy di Cooperazione Salute ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n.196 del 30/06/2003;
- Di impegnarsi al regolare e tempestivo versamento dei contributi dovuti per la copertura sanitaria, per almeno 2 (due) anni solari, oltre all'eventuale frazione d'anno dovuta in fase di prima iscrizione, come previsto al Punto 3. delle Norme di attuazione, al fine di istituire il vincolo sociale;
- Che per facilitare il rapporto tra la Cooperativa e Cooperazione Salute, la Cooperativa ha individuato quale referente interno della struttura:

Cognome e Nome .....,  
Indirizzo mail ....., Tel. ....

Luogo e Data .....

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

**Allegato: A4. Dati Azienda e Beneficiari**

(Gli Allegati 1, 2, 3, 5, 6 alla Domanda di Adesione rimangono agli atti per la Cooperativa e non devono essere inviati).