

DOMANDA DI ADESIONE A COOPERAZIONE SALUTE

Il/La Sottoscritto/a, nato a, il,
Residente a, Via, Cap,
Codice Fiscale, E-mail, Cel.....
In qualità di Legale Rappresentante Pro Tempore della Cooperativa,
CF/Partita IVA Sede Legale sita in
Via, Cap, 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 società di mutuo soccorso il Fondo Sanitario su cui incardinare lo sviluppo del progetto;
2. l'adesione a Cooperazione Salute consente alle Aziende di assolvere agli obblighi di sanità integrativa previsti dai contratti collettivi in favore dei lavoratori dipendenti;

Chiede:

in nome e per conto dei propri dipendenti aventi diritto alla sanità integrativa, l'iscrizione degli stessi a Cooperazione Salute al fine di beneficiare della copertura sanitaria. 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 Piano sanitario contrattuale denominato

.....
con il contributo annuo di €

La copertura sanitaria contrattuale avrà durata di 1 anno e comunque non oltre il 31/12 dello stesso, con tacito rinnovo. La copertura sanitaria decorrerà dal 1° del mese in cui viene effettuata la domanda.

Dichiara:

che i dati contenuti nell'Allegato 4 alla Domanda di Adesione (file excel "Dati Azienda e Dipendenti prima Iscrizione") siano validi e corretti;

1. di aver preso visione degli Allegati alla Domanda di Adesione (A1. Piano Sanitario, A2. Norme di Attuazione del Piano, A3. Informativa Privacy Cooperazione Salute, A4. Dati Azienda e Dipendenti Prima Iscrizione, A5. Variazione Dipendenti e Dati Nucleo Familiare, A6. Richiesta Iscrizione Nucleo Familiare), di Statuto e Regolamento di Cooperazione Salute e di accettare sin d'ora ogni variazione degli stessi, come ogni altra deliberazione degli organi sociali consultabili nel sito di Cooperazione Salute www.cooperazionesalute.it;
2. di aver sottoposto ai propri collaboratori l'informativa Privacy di Cooperazione Salute ai sensi dell'art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679, impegnandosi a condividere anche future integrazioni;
3. di impegnarsi al regolare e tempestivo versamento dei contributi dovuti per la copertura sanitaria, per l'importo e nelle modalità indicate dalle Norme di Attuazione;

4. di nominare quale referente interno:

Nome e Cognome

Indirizzo mailTel.

Compilare ed inviare all'indirizzo PEC: **cooperazionesalute@pec.it** unitamente al file excel "Dati Azienda e Dati Dipendenti Prima Iscrizione".

Luogo e Data

....., lì

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

.....