

## DOMANDA DI AMMISSIONE A COOPERAZIONE SALUTE WELFARE AZIENDALE

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 il Fondo Sanitario su cui incardinare lo sviluppo del progetto;
2. l'adesione a Cooperazione Salute, oltre a consentire alle aziende di assolvere agli obblighi contrattuali di sanità integrativa in favore dei propri dipendenti, è aperta a:
  - a) aziende interessate a sottoscrivere per i propri dipendenti una copertura sanitaria migliorativa rispetto a quella prevista dal contratto collettivo applicato in azienda;
  - b) aziende 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. l'adesione Cooperazione Salute, regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, consente alle Aziende di far beneficiare i propri dipendenti di servizi di assistenza sanitaria nell'ambito di programmi di Welfare aziendale ai sensi degli Artt. 51, 100 del TUIR.

### 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 Piano di Welfare aziendale denominato

.....  
con contributo annuo di €.....

La copertura sanitaria di Welfare aziendale 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 corso in cui viene effettuata la domanda.

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 per cui è possibile fornire documentazione su richiesta per il gruppo omogeneo indicato.)

**Dichiara:**

1. che i dati contenuti nel file excel "Dati Azienda e Dati Beneficiari" (allegato alla Domanda di Adesione) corrispondono a verità e riguardano la totalità della categoria omogenea sopra indicata, senza nessuna discriminazione o esclusione.
2. 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 consultabili nel sito di Cooperazione Salute [www.cooperazionesalute.it](http://www.cooperazionesalute.it) e ogni successiva modificazione degli stessi, come ogni altra deliberazione degli organi sociali;
3. 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 come da modulo adesione contrattuali;
4. 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;
5. di nominare quale referente interno:

Nome e cognome.....

Indirizzo mail ..... Tel. ....

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

(Gli Allegati 1, 2, 3, 5, 6 alla Domanda di Adesione non devono essere inviati).

Compilare ed inviare all'indirizzo Pec: **cooperazionesalute@pec.it** unitamente al file in formato excel "Dati Azienda e Dati Beneficiari"

Luogo e Data

....., li .....

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

.....