

DOMANDA DI ADESIONE A COOPERAZIONE SALUTE PIANI CONTRATTUALI

Inviare il presente documento unitamente all'allegato "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione" all'indirizzo PEC: **cooperazionesalute@pec.it**, debitamente compilati.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____ (____), il _____,
Residente a _____ (____), Via _____ n. _____, Cap _____,
Codice Fiscale _____, E-mail _____, Cell. _____

In qualità di Legale Rappresentante Pro Tempore dell'Azienda/Ente:

_____, CF/Partita IVA _____,
Sede Legale sita in _____ (____), Via _____ n. _____, Cap _____,
Tel _____, E-mail _____, Pec _____

Premesso che:

1. Cooperazione Salute è una società che ha per scopo la solidarietà e il mutuo soccorso. Essa è operante ai sensi della Legge 3818/1886 e della Legge 833/1978 e delle successive modifiche e integrazioni;
2. l'adesione a Cooperazione Salute consente ad Aziende ed Enti di assolvere agli obblighi di sanità integrativa previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) in favore dei lavoratori dipendenti.

Chiede:

3. 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 (indicare il piano sanitario al quale si intende aderire e il relativo contributo di adesione):

Piano sanitario _____, con contributo annuo di € _____

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

Dichiara:

1. che i dati contenuti nel file excel "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione" (allegato alla Domanda di Adesione) corrispondono a verità e riguardano la totalità dei lavoratori che hanno diritto a beneficiare del piano sanitario contrattuale indicato, 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 Cooperazione Salute, A4. Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione, A5. Variazione Dati Azienda Beneficiari e Nucleo Familiare, A6. Richiesta Iscrizione Nucleo Familiare) e di accettare integralmente Statuto e Regolamento consultabili nel sito di Cooperazione Salute www.cooperazionesalute.it e ogni successiva modificazione degli stessi, come ogni altra deliberazione degli organi sociali;
3. di aver sottoposto ai propri lavoratori l'informativa Privacy di Cooperazione Salute ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, impegnandosi a condividere con gli stessi eventuali future integrazioni;
4. di impegnarsi al regolare e tempestivo versamento dei contributi dovuti per la copertura sanitaria per l'importo e nelle modalità previste dalle norme di Attuazione;
5. di nominare quale referente interno:

Nome e cognome _____ E-mail _____ Tel. _____

Luogo e Data

_____, li _____

Timbro e Firma del Legale Rappresentante
