

La restante documentazione rimane agli atti per la Cooperativa come parte integrante dell'adesione.

DOMANDA DI ADESIONE A COOPERAZIONE SALUTE

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 società di mutuo soccorso il Fondo Sanitario su cui incardinare lo sviluppo del progetto;
2. L'Adesione a Cooperazione Salute consente alle Cooperative di **assolvere agli obblighi di sanità integrativa previsti dai contratti collettivi in favore dei lavoratori dipendenti**;
3. Il Consiglio d'Amministrazione della Cooperativa ha deliberato di aderire a Cooperazione Salute affinché i dipendenti, una volta iscritti, possano beneficiare dei servizi di assistenza sanitaria forniti dal Fondo.

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 descritta nel:

- PIANO SANITARIO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE – Contributo € 60,00
- PIANO SANITARIO METALMECCANICO COOPERATIVO – Contributo € 156,00
- PIANO SANITARIO LOGISTICA, TRASPORTO MERCI, SPEDIZIONE – Contributo € 150,00
- PIANO SANITARIO DELLA DISTRIBUZIONE COOPERATIVA – Contributo € 120,00 full time, € 84,00 part time + Quota una tantum € 30,00
- PIANO SANITARIO DEL COMMERCIO – Contributo € 144,00
- PIANO SANITARIO UNEBA – Contributo € 70,00
- PIANO SANITARIO TAXI – Contributo € 144,00
- PIANO SANITARIO DELLA PRODUZIONE CULTURALE E DELLO SPETTACOLO – Contributo € 60,00
- PIANO SANITARIO ANASTE – Contributo € 144,00

Salvo diversa indicazione l'iscrizione decorrerà dal **1 gennaio**.

Per far decorrere l'iscrizione da un'altra data siete invitati ad indicarla qui di seguito: _____

Dichiara:

- Che i dati contenuti nell'Allegato 4 alla Domanda di Adesione (*file excel "Dati Azienda e Dipendenti prima Iscrizione"*) corrispondono a verità;
- Di aver preso visione dei contenuti 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;
- 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 fare altrettanto in occasione di future integrazioni;
- 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;
- Che per facilitare il rapporto tra la Cooperativa e il Fondo Sanitario Integrativo 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