

## DOMANDA DI ADESIONE A COOPERAZIONE SALUTE PIANI DI WELFARE AZIENDALE

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. Cooperazione Salute in quanto iscritta all'Anagrafe dei Fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute, perseguendo finalità esclusivamente assistenziali in favore dei propri associati, permette di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) e dall'art. 100 del TUIR D.P.R. 917/86;
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 ed enti interessati a sottoscrivere per i propri lavoratori dipendenti una copertura sanitaria migliorativa rispetto a quella prevista dal contratto collettivo (CCNL) applicato;
  - b. aziende ed enti interessati 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 tutti i componenti del proprio Consiglio di Amministrazione.

### 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 di welfare aziendale (indicare il piano sanitario al quale si intende aderire e il relativo contributo di adesione):

Piano sanitario \_\_\_\_\_, con contributo annuo di € \_\_\_\_\_

La copertura sanitaria di welfare aziendale avrà durata minima di 2 anni solari, con tacito rinnovo. La copertura sanitaria decorrerà dal 1° giorno del mese in corso in cui viene sottoposta e approvata la presente domanda di adesione.

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:

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 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 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](http://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 almeno 2 (due) anni solari, oltre all'eventuale frazione d'anno dovuta in fase di prima iscrizione, come previsto dalle Norme di Attuazione;
5. di nominare quale referente interno:

Nome e cognome \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_