Cooperativa Sociale Coopselios
Società Cooperativa
C.F. e P.I. 01164310359
www.coopselios.com

Iscrizione registro imprese
RE n. 01164310359
REA RE n. 167007
Iscrizione albo società
cooperative n. A101139

MODULO DI ADESIONE ALLA TUTELA INTEGRATIVA FONDO SOLIDALE *(solo per soci ordinari e speciali)*

LE DOMANDE MODULO E DELEGA DOVRANNO PERVENIRE A UFFICIO SOCI tramite mail soci@coopselios.com ENTRO E NON OLTRE IL 20 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE ALL'ANNO DI ISCRIZIONE

Il/La Sottoscritto/a_____ già iscritto/a al Fondo Sanitario Integrativo Cooperativa Sociale Coopselios ed in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale e dal Regolamento applicativo, nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto dalla Cooperativa Sociale COOPSELIOS e la Società nazionale di mutuo soccorso Reciproca, chiede di essere collocato nella forma di assistenza base **"Fondo integrativo sanitario Cooperativa COOPSELIOS – Tutela integrativa Fondo Solidale"**

Nato a_____Il_____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in via_____ CAP_____

Città_____ Prov._____

Domicilio (se diverso da residenza)_____

CAP_____ Città_____ Prov. _____

N° tel._____Cell._____ e-mail_____

CHIEDE

l'adesione personale al Fondo Solidale a partire dal 1 gennaio

Di seguito le cifre del contributo mensile (l'importo mensile verrà trattenuto da busta paga ogni mese per 12 mesi) a seconda del contratto orario di lavoro e di seguito l'importo che vi verrà erogato giornalmente in caso di malattia oppure quello mensile.

ESEMPIO: socio o socia con un contratto di lavoro tra le 30 e le 38 ore se versa € 3,00 al mese per 12 mesi in caso di malattia che superi i 180 giorni potrò contare su un aiuto economico di € 520,00 al mese.

Ipotesi contribuzione e rimborso fondo					**Segnare con una X tipo di contratto**
26 giorni medi mensili	**contributo/mese**	**rimborso/die**	**rimborso/mensile**	**tot 150gg**	
da 30 a 38 ore settimanali	€ 3,00	€ 20,00	**€ 520,00**	€ 2.600,00	
da 20 a 29 ore settimanali	€ 2,00	€ 15,00	**€ 390,00**	€ 1.950,00	
fino a 19 ore settimanali	€ 1,00	€ 10,00	**€ 260,00**	€ 1.300,00	

Data_____ Firma _____

Cooperativa Sociale Coopselios
Società Cooperativa
C.F. e P.I. 01164310359
www.coopselios.com

Iscrizione registro imprese
RE n. 01164310359
REA RE n. 167007
Iscrizione albo società cooperative n. A101139

proposta

Attraverso una lettera di Intenti con la Mutua Reciproca sms, stiamo lavorando per ampliare le opportunità di rimborso per prestazioni che non sono inserite nei piani sanitari integrativi; ed è proprio in quest'ottica che chiederemo ai soci già iscritti, e a quelli che si iscriveranno, di partecipare ad un questionario che ci orienti verso le necessità maggiormente sentite . Ci preme sottolineare che, più alto sarà il numero degli aderenti, maggiori saranno le possibilità di evoluzione e ampliamento dei servizi offerti dal fondo stesso.

DELEGA PER LA TRATTENUTA DEL CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Autorizzo la Cooperativa Sociale Coopselios a trattenere annualmente la somma, per l'eventuale quota parte a mio carico, corrispondente al contratto di lavoro, frazionata in 12 (dodici) mensilità.
Mi impegno a pagare il relativo contributo associativo annuo previsto al Datore di lavoro:

Data _____ Firma _____

Io Sottoscritto/a_____ Data assunzione_____

Nato a_____ Il_____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in via_____ CAP_____

Città _____ Prov._____

Domicilio (se diverso da residenza)_____

CAP_____ Città_____ Prov._____

N° tel._____ Cell._____

E-mail_____

contributo mese/socio	detratto in busta paga (-19%)	tot annuo a socio	Segnare con una X
€ 3,00	€ 2,43	**€ 29,16**	
€ 2,00	€ 1,62	**€ 19,44**	
€ 1,00	€ 0,81	**€ 9,72**	