

## DOMANDA DI ADESIONE PIANI CONTRATTUALI MUTUA CST FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Il/La Sottoscritto/a ....., nato a .....,  
il ....., Residente a .....,  
Via....., Cap .....,  
Codice Fiscale ....., E-mail .....,  
Cell.....,

In qualità di Legale Rappresentante Pro Tempore della Azienda .....,  
CF/Partita IVA ..... Sede Legale sita in ..... (.....)  
Via ....., Cap ....., Tel .....,  
E-mail....., Pec .....

### Premesso che:

1. La Federazione Trentina della Cooperazione ha promosso la costruzione di un Sistema mutualistico territoriale per dare vita ad un nuovo pilastro di welfare cooperativo, individuando in Mutua CST il Fondo Sanitario su cui incardinare lo sviluppo del progetto;
2. L'Adesione a Mutua CST 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 Mutua CST affinché i dipendenti, una volta iscritti, possano beneficiare dei servizi di assistenza sanitaria forniti dal Fondo.

### Chiede:

In nome e per conto dei propri lavoratori aventi diritto alla sanità integrativa, l'iscrizione degli stessi a Mutua CST al fine di beneficiare della copertura sanitaria descritta nel:

- PIANO SANITARIO COOPERAZIONE SOCIALE TRENINO** - Contributi € 100,00 full time, € 70,00 part time
- PIANO SANITARIO UNEBA TRENINO** - Contributo € 98,00
- PIANO SANITARIO MULTISERVIZI TRENINO** - Contributi € 72,00 full time, € 48,00 part time + Quota una tantum € 0,50.
- PIANO SANITARIO METALMECCANICO COOPERATIVO TRENINO** - Contributo € 156,00
- PIANO SANITARIO DEL TURISMO** - Contributo € 144,00 + Quota una tantum € 15,00 full time - € 8,00 part time
- PIANO SANITARIO DEL TERZIARIO** - Contributo € 120,00 a carico Azienda + € 24,00 a carico Iscritto + Quota una tantum € 30,00
- PIANO SANITARIO DELLA DISTRIBUZIONE COOPERATIVA** - Contributo € 150,00 full time, € 132,00 part time

- PIANO SANITARIO CANTINE** - Contributo € 120,00
- PIANO SANITARIO CASEIFICI SOCIALI** - Contributo € 120,00
- PIANO SANITARIO IGIENE AMBIENTALE** - Contributo € 278,00
- PIANO SANITARIO LOGISTICA AUTOTRASPORTI E SPEDIZIONI**- Contributo € 150,00
- PIANO SANITARIO ORTOFRUTTA** - Contributo € 120,00

**Dichiara:**

- Che i dati contenuti nell'Allegato 4 alla Domanda di Adesione (*file excel "Dati Azienda e Beneficiari 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 Mutua CST, A4. Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione, A5. Variazione Dati Azienda Beneficiari e Nucleo Familiare, A5-a. Richiesta Iscrizione Nucleo Familiare Mutua CST), di Statuto e Regolamento del Fondo Mutua CST 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 Mutua CST ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679;
- 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 Mutua CST, la Cooperativa ha individuato quale referente interno della struttura:

Nome e Cognome .....Indirizzo mail.....

Tel. ....

Luogo e Data

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

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

.....

**Compilare ed inviare all'indirizzo PEC: [mutuacst@pec.it](mailto:mutuacst@pec.it) unitamente al file excel "Dati Azienda e Dati Beneficiari Prima Iscrizione". La restante documentazione rimane agli atti per la Cooperativa come parte integrante dell'adesione**

**Allegato: Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione**

*(Gli Allegati 1, 2, 3, 5, 6 alla Domanda di Adesione rimangono agli atti per la Cooperativa e non devono essere inviati).*

**Per info:** [amministrazione@mutuacst.it](mailto:amministrazione@mutuacst.it) - 0461 1975141 (tasto 1)