

## DICHIARAZIONE DI RINUNCIA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ lavoratore della  
Cooperativa \_\_\_\_\_

rinuncio ai benefici assicurati dalla Cooperativa a tutti gli addetti e addette assunti a tempo indeterminato per l'assistenza sanitaria integrativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 87 del CCNL del settore della cooperazione sociale, manlevando la Cooperativa da ogni qualsivoglia responsabilità di inadempimento contrattuale.

La presente dichiarazione ha valore per tutta la durata del predetto contratto, senza nulla pretendere sulla erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa messe in atto dalla Cooperativa.

In fede