



**Direzione Competitività del Sistema Regionale
Settore Imprese Cooperative**

**ALBO REGIONALE
DELLE COOPERATIVE SOCIALI
- L.R. n. 18/1994 e s.m.i. -**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE
SEZIONE A
(L.R. n. 18/1994 e s.m.i., Art. 2, comma 2)**

SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

AMBITO TERRITORIALE DI

Il/La sottoscritto/a
C.F. nato/a il residente a prov via n.
c.a.p. in qualità di Legale Rappresentante della Società Cooperativa

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

Sede Legale

Via/Corso n c/o
Frazione Comune CAP Provincia

Disponibilità

- Proprietà
 Usufrutto
 Locazione
 Comodato
 Altro

Utilizzo

- Esclusivo cooperativa
 In comune con altri
(specificare)
 Altro

Sede Amministrativa (se diversa da quella Legale)

Via/Corso n
Frazione Comune CAP
Provincia

Sedi Operative

N.	INDIRIZZO/ SINTETICA DESCRIZIONE ATTIVITA' SVOLTA	DISPONIBILITÀ	UTILIZZO
1.		<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Esclusivo cooperativa <input type="checkbox"/> In comune con altri (specificare) <input type="checkbox"/> Altro
2.		<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato	<input type="checkbox"/> Esclusivo cooperativa <input type="checkbox"/> In comune con altri (specificare) <input type="checkbox"/> Altro

		<input type="checkbox"/> Altro	
3.		<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Esclusivo cooperativa <input type="checkbox"/> In comune con altri (specificare) <input type="checkbox"/> Altro
4.		<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Esclusivo cooperativa <input type="checkbox"/> In comune con altri (specificare) <input type="checkbox"/> Altro

Adesione Associazione Nazionale di rappresentanza:

- Aderente, se sì quale
 Non aderente

Adesione Consorzio di cooperative?

Nome consorzio

Iscritto all'albo Sì No

Nome consorzio

Iscritto all'albo Sì No

2. COMPAGINE SOCIALE (*si ricorda di **allegare estratto del libro soci** alla data di presentazione della domanda firmato dal legale rappresentante)

PERSONE FISICHE	Maschi	Femmine	Totale
Soci Ordinari			
Soci Volontari			
Soci Finanziatori			
Soci Cooperatori Speciali			
Soci Sovventori			
Totale			

	Pubbliche	Private	Totale
PERSONE GIURIDICHE			

3. LAVORATORI DELLA SOCIETÀ COOPERATIVA

Nella prima tabella deve essere indicato il numero complessivo dei lavoratori, siano essi soci lavoratori o dipendenti, con i quali la cooperativa ha instaurato uno specifico rapporto di lavoro esclusivo, subordinato e continuativo. Nelle tabelle successive sono conteggiati i lavoratori con un rapporto di lavoro parasubordinato o autonomo e le collaborazioni occasionali. Dal numero di lavoratori complessivamente occupati sono esclusi i soci volontari e tutti i soggetti che forniscono la propria attività in modo volontario e gratuito, i tirocinanti, le borse lavoro, ecc.

	SOCI LAVORATORI			LAVORATORI NON SOCI		
	Tempo Pieno	Part-Time	Totale	Tempo Pieno	Part-Time	Totale
Tempo Indeterminato						
Tempo Determinato						
di Apprendistato						
Altro						
Totale						

	PARASUBORDINATO (tipologie)	TOTALE	AUTONOMO	TOTALE
SOCI LAVORATORI				
LAVORATORI NON SOCI				

COLLABORAZIONI OCCASIONALI (tipologie)	TOTALE
LAVORATORI NON SOCI	

TOTALE OCCUPATI (subordinato+parasubordinato+autonomo+ collaborazioni)	
SOCI LAVORATORI	
LAVORATORI NON SOCI	
TOTALE	

Ai soci volontari è corrisposto soltanto il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate sulla base di parametri stabiliti per la totalità dei soci?

Sì No Altro (specificare)

E' prevista la copertura INAIL contro gli infortuni sul lavoro e malattie professionali per i soci volontari?

Sì No

Inquadramento del personale

Regolamento interno approvato dall'Assemblea in data

Depositato all'Ispettorato Territoriale del Lavoro di _____ in data

Contratto di riferimento

- Cooperative Sociali
 di Categoria (specificare)
 Altro (specificare)

Organizzazioni datoriali e sindacali sottoscrittrici

4. CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE IN CARICA

Data inizio (gg/mm/aaaa)

Data scadenza (gg/mm/aaaa)

Carica	Cognome e Nome	Anno di nascita	Sesso (M-F)	Tipologia di socio (Lavoratore, Volontario, ecc)	Altro (specificare)
Presidente					
Vice Presidente					
Consigliere					
Consigliere					
Consigliere					
Consigliere					
Consigliere					

5. COLLEGIO SINDACALE (ove presente)

Data inizio (gg/mm/aaaa)

Data scadenza (gg/mm/aaaa)

Carica	Cognome e Nome	Anno di nascita
Presidente		
Sindaco Effettivo		
Sindaco Effettivo		

6. DATI ECONOMICI (relativi all'ultimo esercizio approvato. NB. per cooperative di nuova costituzione indicare i dati disponibili in riferimento alla data di presentazione dell'istanza)

Immobilizzazioni	€
Capitale sociale	€
Valore della produzione	€
Costi della produzione	€
Differenza tra valore e costi di produzione	€
Totale costi per il personale	€

7. PERSONALE DI ASSISTENZA ALLA PERSONA (ESCLUSI SOCI VOLONTARI)

IN CASO DI OPERATORI CON PIÙ QUALIFICHE INDICARE LA PIÙ ELEVATA

Personale con funzioni di Educatore Professionale	n.
di cui iscritto all'albo degli Educatori Professionali (Legge 3/2018)	n.
di cui iscritti all'Ordine degli Educatori Socio-Pedagogici (Legge 55/2024)	n.
Personale con funzioni di Operatore Socio Sanitario (OSS)	n.
Personale con funzioni di Animatore professionale	n.
di cui on qualifica	n.
Personale con funzioni di Mediatore Interculturale	n.
di cui con qualifica	n.
Altro personale laureato	n.
Psicologo	n.
Medico	n.
Infermiere	n.

Assistente sociale	n.
Terapista della riabilitazione	n.

Altro personale non laureato	N.
-------------------------------------	-----------

TOTALE PERSONALE	N.
-------------------------	-----------

8. TIPOLOGIA DI UTENTI SERVITI (max 9)

- Minori
- Minori a rischio
- Minori disabili
- Minori extracomunitari
- Mamme con bambini
- Donne in difficoltà
- Adulti disabili
- Anziani autosufficienti
- Anziani non autosufficienti
- Malati psichici
- Persone con patologie di dipendenza (tossicodipendenti, alcolisti..)
- Extracomunitari adulti
- Nomadi
- Senza fissa dimora
- Detenuti
- Dimessi da carcere
- Richiedenti asilo
- Dimessi da ospedale
- Altro (specificare)

9. ARTICOLATA RELAZIONE DI ATTIVITA' (da allegare a parte affinché siano indicati tutti i punti richiesti)

ATTIVITA' SVOLTA ED IN CORSO

AREA GEOGRAFICA DI INTERVENTO

La presente dichiarazione è resa in base alle disposizioni previste dall'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445. Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità il sottoscritto attesta che quanto riportato nella presente dichiarazione è vero.

LUOGO E DATA

IL LEGALE RAPPRESENTANTE*
(Timbro e firma leggibile)

**Per le modalità di sottoscrizione e per informazioni sulla raccolta e sul trattamento dei dati personali si rimanda all'istanza di iscrizione e all'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.*