

MODULO DI ADESIONE
AUMENTO CAPITALE SOCIALE IN NATURA
MEDIANTE CONFERIMENTO DI CORNELIA CAPITAL S.p.A.

Il/La sottoscritto/a.....
(cognome e nome o denominazione sociale)

(per le sole persone fisiche) nato/a a(.....) in data.....
(luogo) (prov.)

codice fiscale/P.IVA.....

residenza/sede legale in(.....)
(luogo) (prov.)

via/piazza/altro.....n.....CAP.....

rappresentato dal seguente soggetto munito dei necessari poteri (ove applicabile):

nome e cognome.....

nato/a.....(.....)
(luogo) (prov.) il...../...../.....

codice fiscale.....

nazionalità.....

residente in /sede legale in.....(.....)
(luogo) (prov.)

via/piazza/altro.....n.....CAP.....

in qualità di azionista di Cornelia Capital S.p.A., società con sede legale in via G. Verdi 12, 24121 Bergamo (BG), Capitale Sociale Euro 5.475.985,00, iscritta al Registro delle Imprese di Bergamo BG-446324 (“**Cornelia**” o la “**Società**”)

DICHIARA

- 1) di aver preso conoscenza che l’Assemblea Straordinaria degli Azionisti di Health Italia S.p.A., in data 28 giugno 2019, ha approvato, tra l’altro, un aumento del capitale sociale con esclusione del diritto opzione ai sensi dell’articolo 2441, comma 4, del Codice Civile, da sottoscrivere e liberarsi mediante conferimento della partecipazione nella società Cornelia Capital S.p.A., quotata al terzo mercato della Borsa di Vienna. da parte dei soci di quest’ultima (l’”Aumento”), e di accettartene integralmente le condizioni, i termini e le modalità;
- 2) di essere titolare di n. _____ (A) azioni ordinarie Cornelia . ISIN IT0005355984 sul conto titoli n. presso l’intermediario, che riceve il presente modulo (le “**Azioni Cornelia**”);

ADERISCE

Per n. _____ (B)Azioni Cornelia, (**massimo 90% di A –Multiplo di 2**) e, per effetto di tale adesione;

SOTTOSCRIVE

n. _____ **C = (B / 2)** Azioni Health Italia S.p.A. – ISIN IT IT0005221004;

CONFERISCE

all'intermediario mandato irrevocabile a versare trasferire a Health Italia S.p.A. le n. _____ Azioni Cornelia (B);

RICHIEDE

che le n. _____Azioni Health Italia S.p.A. (C) sottoscritte siano immesse nel deposito titoli n. _____ intrattenuto presso _____ ABI _____, CAB _____, tramite l'intermediario che riceve il presente modulo;

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- l'adesione all'Aumento è irrevocabile;
- l'irregolarità della sottoscrizione del presente modulo di adesione comporterà l'annullamento dello stesso e l'inefficacia della relativa adesione;

CONFERMA

Sotto la propria responsabilità, a tutti gli effetti di legge, l'esattezza dei dati riportati nel presente modulo di adesione.

(luogo e data)

(Firma dell'aderente all'Aumento
o suo mandatario speciale)

(Timbro e Firma dell'intermediario)
