CASSA SOLIDARIETA' AZIENDALE
LAVORATORI LUXOTTICA
Via Valcozzena, 10 32021 AGORDO BL
www.csaluxottica.it
csa@csaluxottica.it

Mod. **AM**
Rev. **02**
del 01.01.2016

MODULO DI RICHIESTA
ASSEGNO DI MATERNITA'

NUMERO MATRICOLA	COGNOME	NOME
VIA		NUMERO
CAP	COMUNE	PROVINCIA
E-MAIL		TELEFONO

CODICE IBAN (Lo trovi sul Tuo estratto conto)																												

STABILIMENTO ❑ AGORDO ❑ CENCENIGHE ❑ LAURIANO ❑ PEDEROBBA ❑ SEDICO1 ❑ SEDICO 2 ❑ PENSIONATI

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

❑ Estratto dell'atto di nascita che riporti maternità e paternità (in alternativa una "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" unitamente alla fotocopia non autenticata della carta d'identità del sottoscrittore, in corso di validità).

❑ Attestazione ISEE Minori completo di DSU aggiornata e in corso di validità, a nome del socio richiedente.

DATI DEI FIGLI PER CUI SI RICHIEDE ASSEGNO DI MATERNITA'

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA

Il/la sottoscritto/a autorizza espressamente la CSA ad effettuare ogni tipo di verifica inerente le condizioni di erogabilità del contributo sia presso il datore di lavoro che presso il gestore della Cassa Sanitaria Welfare Luxottica ed ogni altro ente o soggetto interessato. Ai sensi del Regolamento Sanzioni della CSA, qualunque abuso potrà essere sanzionato fino all'espulsione dall'associazione.

Data ____/____/_____ Firma _____