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

Mod. **AP**
Rev. **04**
del 01.01.2016

MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO
APPARECCHI ORTODONTICI E PROTESI TOTALE PER ARCATA (DENTIERA)

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

- ❑ Attestazione ISEE Ordinario (ISEE Minori in caso di spese riferite a minori) completo di DSU aggiornata e in corso di validità, a nome del socio richiedente.
- ❑ Copia di tutte le fatture del dentista (acconti e saldo).
- ❑ Piano di cura/preventivo.
- ❑ Copia della Domanda per l'Assegno Unico e Universale e Relativa ricevuta di invio per richieste relative a familiari minori di 21 anni

SOLO PER GLI APPARECCHI ORTODONTICI

- ❑ Dichiarazione del dentista che esclude motivi estetici.

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che i sottoelencati familiari per cui si richiede contributo sono a proprio carico fiscale; si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualunque variazione dovesse intervenire in corso d'anno. Inoltre 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. Dichiara altresì di non aver ricevuto ulteriori contributi per le stesse prestazioni da Unisalute (ove non previsti dalle "Prestazioni CSA") e/o da altre assicurazioni pubbliche/private. Ai sensi del Regolamento Sanzioni della CSA, qualunque abuso potrà essere sanzionato fino all'espulsione dall'associazione.

Data ____/____/_____ Firma _____

FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO PER CUI SI RICHIEDE CONTRIBUTO

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA