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

Mod. **SC**
Rev. **02**
del 01.01.2020

MODULO DI RICHIESTA
SPESE SCOLASTICHE

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 ❑ SEDICO 3

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI RIMBORSABILI:

- ❑ Retta asilo nido, retta scuola materna
- ❑ Mensa, doposcuola (per scuole materne, elementari e medie)
- ❑ Pulmino/scuolabus (per scuola materna e scuole elementari)

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- ❑ Attestazione ISEE ORDINARIO **(ISEE MINORI in caso di spese riferite a minori)** completa di DSU aggiornata ed in corso di validità.
- ❑ Certificazione di iscrizione o di frequenza alla struttura;
- ❑ Fatture / ricevute fiscali / documento riassuntivo, emesso dall'ente erogatore, della spesa sostenuta (intestate al beneficiario la prestazione figlio/a oppure al genitore socio CSA). Riferite all'anno solare in corso.
- ❑ I documenti di spesa dovranno riportare chiaramente: soggetto erogatore, data di emissione, prestazione, beneficiario, periodo per cui è stato reso il servizio, importo pagato.
  I documenti di spesa non saranno ammessi a cotributo se mancanti di uno o più requisiti sopracitati.
- ❑ Copia della Domanda per l'Assegno Unico e Universale e Relativa ricevuta di invio per richieste relative a familiari minori di 21 anni

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 altre assicurazioni pubbliche/private. Ai sensi del Regolamento Sanzioni della CSA, qualunque abuso potrà essere sanzionato fino all'espulsione dall'associazione.

Data ____/____/_____ Firma _____

FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO PER CUI SI RICHIEDE CONTRIBUTO

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