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

Mod. **SS**
Rev. **05**
del 01.01.2022

MODULO DI RICHIESTA
CONTRIBUTO PER SPESE SANITARIE

Visite specialistiche; Diagnostica strumentale; Pacchetto prevenzione uomo/donna; Cure dentarie;
Lenti da vista e a contatto; Trattamenti fisioterapici; Articoli sanitari; Logopedia;

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 ❑ PENSIONATI

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Copia della Domanda per l'Assegno Unico e Universale e Relativa ricevuta di invio per richieste relative a familiari minori di 21 anni

Fattura/Scontrino N° _____ del ____/____/_____ Tipo prestazione: _____

Fattura/Scontrino N° _____ del ____/____/_____ Tipo prestazione: _____

Fattura/Scontrino N° _____ del ____/____/_____ Tipo prestazione: _____

Fattura/Scontrino N° _____ del ____/____/_____ Tipo prestazione: _____

Fattura/Scontrino N° _____ del ____/____/_____ Tipo prestazione: _____

Fattura/Scontrino N° _____ del ____/____/_____ Tipo prestazione: _____

Fattura/Scontrino N° _____ del ____/____/_____ Tipo prestazione: _____

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