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

Mod. **SU**
Rev. **06**
del 01.01.2021

MODULO DI RICHIESTA
CONTRIBUTO **SPESE UNIVERSITARIE**

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

DATI DELLO STUDENTE PER CUI SI RICHIEDE CONTRIBUTO

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA

ANNO ACCADEMICO 20____ / 20____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- ❑ Attestazione ISEE Universitario completo di DSU aggiornata e in corso di validità, a nome del socio richiedente.
- ❑ Copia del certificato di iscrizione dell'anno accademico per cui si richiede contributo.
- ❑ Copia del piano di studi con evidenziato il peso in crediti e i crediti degli esami sostenuti con esito positivo.
- ❑ 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. 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