

CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE LAVORATORI LUXOTTICA

Via Leonardo del Vecchio 1, 32021 Agordo BL csaluxottica.it csa@csaluxottica.it

Mod. **AD**Rev. **04**del 01/01/2016

MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO

AUSILI PER DISABILITÀ

NUMERO MATRICOLA COGNOME														NOME								
VIA															NUMERO							
CAP COMUNE															PROVINCIA							
E MAN	E-MAIL TELEFONO																					
E-IVIAIL														TELEFOINO								
CODICE IBAN		T																				
(Lo trovi sul Tuo estratto co	nto)																					
STABILIMENTO AGORDO CENCENIGHE LAURIANO PEDEROBBA SEDICO 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.																						
☐ Verbale di invalidità se riconosciuta.																						
☐ Prescrizione dello specialista (non superiore ai 12 mesi).																						
☐ Fattura o ricevuta fiscale della spesa sostenuta.																						
☐ Dichiarazione di autorizzazione al contributo ULSS.																						
□ Copia della Domanda per l'Assegno Unico e Universale 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 impegn inoltre a comunicare tempestivamente qualunque variazione dovesse intervenire in corso d'anno. Inoltre, autorizza espressamente la CSA ad effettuar ogni tipo di verifica inerente le condizioni di erogabilità del contributo sia presso il datore di lavoro che presso il gestore della Cassa Sanitaria Welfar Luxottica ed ogni altro ente o soggetto interessato. Dichiara altresì di non aver ricevuto ulteriori contributi per le stesse prestazioni da Generali e/o altr assicurazioni pubbliche/private. Ai sensi del Regolamento Sanzioni della CSA, qualunque abuso potrà essere sanzionato fino all'espulsion dall'associazione.																						
Data/											F	irma	1									
FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO PER CUI SI RICHIEDE CONTRIBUTO																						
COGNOME E NOME													CODIC	CE FISCALI	<u> </u>					DATA D	I NASCI	ITA