

Mod. **AP**Rev. **04**

MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO

APPARECCHI ORTODONTICI E PROTESI TOTALE PER ARCATA (DENTIERA)

NUMERO MATRICOLA COGNOME	NOME		
NOWERO WATRICOEA COGNOWLE	NOWL	NOWE	
VIA			NUMERO
CAP			PROVINCIA
E-MAIL	TELEFON	10	
CODICE IBAN			
(Lo trovi sul Tuo estratto conto)			
STABILIMENTO			
□ AGORDO □ CENCENIGHE □ LAURIANO □ PEDEROBBA □ SEDICO □ PENSIONATI			
DOCUMENTA ZIONE DICUESTA			
DOCUMENTAZIONE RICHIESTA			
D. Attentoniana ICEE Oudinaria (ICEE Minari in casa di cuasa riferita a minari) compulata di DCII ami amata a in casa			
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.			
☐ Copie di tutte le fatture del dentista (acconti e saldo).			
☐ Piano di cura e preventivo di spesa.			
□ Copia della Domanda per l'Assegno Unico e Universale per richieste relative a familiari minori di 21 anni.			
SOLO PER GLI APPARECCHI ORTODONTICI:			
☐ Dichiarazione del dentista che esclude motivi puramente 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 Generali e/o 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