

CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE LAVORATORI LUXOTTICA

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

Mod. **HD**Rev. **01**del 01/01/2022

MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO FAMIGLIA CON DISABILI

NUMERO MATRICOLA	COGNOME										NOME								
VIA																NUMERO	l		
CAP COMUNE													PROVINCIA						
E-MAIL												TELEFONO							
CODICE IBAN (Lo trovi sul Tuo estratto cor	nto)									•									
STABILIMENTO AGORDO CENCENIGHE LAURIANO PEDEROBBA SEDICO PENSIONATI														ATI					
				DOC	ÜM	IENTA	ZIC	NE F	RICH	IEST	Ā								
Attestazionmaggiore		Minori	compl	eta di DS	SU ag	ggiorna	ata e	e in co	rso d	i vali	idità. (IS	SEE	Ordir	nario	se il	benefic	iario è	غ	
Verbale di validità.	i disabili	tà o har	ndicap	emesso	da C	СОММ	ISSIC	ONI DI	PRIN	ΛA E	SECON	NDA	ISTA	NZA .	ASL,	in cors	o di		
□ Copia del	la Doma	nda per	· l'Asse	egno Uni	co e	Unive	rsale	per r	ichies	te re	elative a	a far	miliar	i min	ori d	li 21 anı	ni.		
II/la sottoscritto/a dichinoltre a comunicare togni tipo di verifica in Luxottica ed ogni altro assicurazioni pubblicl dall'associazione.	tempestiva nerente le o ente o so	amente qu condizion oggetto in	ualunqu ii di ero nteressa	ue variazion ogabilità de ato. Dichiara	ne dov el cont a altre	vesse int tributo s esì di no	erver ia pre n ave	nire in c esso il c r ricevu	orso d datore to ulte	l'anno di lav eriori	o. Inoltre, oro che contribut	auto presi i per	orizza so il g le ste	espres estore sse pre	same della estazio	nte la CS. Cassa Sa oni da Ge	A ad ef anitaria enerali e	fettuare Welfare e/o altre	
Data/ Firma																			
	FAMIL	IARE F	ISCA	LMENTI	EΑ	CARIO	CO 1	PER (CUI S	SI RI	CHIED	DE C	ON	TRIB	UTC	O			
COGNOME E NOME								CODI	CE FISC	CALE						DATA DI	NASCIT	A	