

## CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE LAVORATORI LUXOTTICA

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

Mod. **SS**Rev. **05** 

## 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	JUMERO MATRICOLA COGNOME												NOME								
VIA																	NUMERO	)			
CAP	P COMUNE															PROVINCIA					
E-MAIL TELEFON													NO								
CODICE IBAN (Lo trovi sul Tuo estratto co	nto)																				
STABILIMENTO  AGORDO  CENCENIGHE  LAURIANO  PEDEROBBA  SEDICO  PENSIONATI													NATI								
DOCUMENTAZIONE RICHIESTA  Copia della Domanda per l'Assegno Unico e Universale per richieste relative a familiari minori di 21 anni																					
Fattura/scontri	ino N° del// Tipo Prestazione _																				
Fattura/scontrino N° del//						Ti	Tipo Prestazione														
Fattura/scontri	tura/scontrino N° del//						Tipo Prestazione														
Fattura/scontri	ntrino N° del// Tipo Prestazio:								zion	e											
							Tipo Prestazione														
Fattura/scontrino N° del//						Ti	Tipo Prestazione														
							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 comunica tempestivamente qualunque variazione dovesse intervenire in corso d'anno. Inoltre, autorizza espressamente la CSA ad effettuare ogni tipo di verifica inerente le condizioni 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 non aver ricevuto ulteriori contributi per le stesse prestazioni da Generali e/o altre assicurazioni pubbliche/private. Ai sensi del Regolamento Sanzioni della CSA, qualunquabuso potrà essere sanzionato fino all'espulsione dall'associazione.													ndizioni d ra altresì d								
Data/ Firma																					
	FAMIL	IARE FIS	CALN	1ENTE	Α	CARIO	CO I	PER (	CUIS	SI RI	CHIE	DE (	CON	NTF	RIBU	JTC	)				
COGNOME E NOME						C	CODICE FISCALE											Data di Nascita			
COGNOME E NOME							CODICE FISCALE								DATA DI NASCITA						