

Mod. **SU**Rev. **06** 

## 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 con  | nto)    |  |                |      |                 |  |
| STABILIMENTO  AGORDO  CENCENIGHE LAURIANO  PEDEROBBA  SEDICO  PENSIONATI   |         |  |                |      |                 |  |
| 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 all'anno accademico per cui si richiede il 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, per richieste relative a figli 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. 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 IL CONTRIBUTO   |         |  |                |      |                 |  |
| COGNOME E NOME   |         |  | CODICE FISCALE |      | DATA DI NASCITA |  |