CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE
LAVORATORI LUXOTTICA
Via Leonardo del Vecchio 1, 32021 Agordo BL
csaluxottica.it
csa@csaluxottica.it

Mod. **SU**
Rev. **07**
del 14/07/2026

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 conto)																											

STABILIMENTO ❑ AGORDO ❑ CENCENIGHE ❑ LAURIANO ❑ PEDEROBBA ❑ SEDICO ❑ PENSIONATI

ANNO ACCADEMICO 20____/20____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- ❑ Attestazione ISEE Ordinario 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
	_____	____/____/_____