



del 01.01.2014

Visite specialistiche; Diagnostica strumentale; Cure dentarie; Lenti da vista e a contatto;
Trattamenti fisioterapici; Articoli sanitari; Logopedia;

[illegible]

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 Unisalute (ove non previsti dalle "Prestazioni CSA") e/o da altre assicurazioni pubbliche/private. Ai sensi del Regolamento Sanzioni della CSA, qualunque abuso potrà essere sanzionato fino all'espulsione dall'associazione.

Firma _____

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA