



**CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE
LAVORATORI LUXOTTICA**
Via Valcozzena, 10 32021 AGORDO BL
contributi@csaluxottica.it
www.csaluxottica.it
csa@csaluxottica.it

Mod. **SU**
Rev. **04**
del 01.01.2015

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 SEDICO1 SEDICO 2 PENSIONATI

DATI DELLO STUDENTE PER CUI SI RICHIENDE CONTRIBUTO

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

ANNO ACCADEMICO 20____ / 20____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- Attestazione "ISEE prestazioni sociali", completo e aggiornato.
 - Copia dei CUD dei componenti il nucleo familiare.
 - Copia del certificato di iscrizione dell'anno accademico per cui si richiede contributo.
 - Copia del piano di studi con evidenziato il peso in crediti e i crediti degli esami sostenuti con esito positivo.
 - Per gli studenti/lavoratori è richiesta l'attestazione di studente part-time dell'ateneo.

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. 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 RICHIENDE CONTRIBUTO

COGNOME E NOME | CODICE FISCALE | DATA DI NASCITA