



Mod. **SU**
Rev. **05**
del 01.01.2016

NUMERO MATRICOLA	COGNOME	NOME	
VIA			NUMERO
CAP	COMUNE		PROVINCIA
E-MAIL		TELEFONO	

[illegible]☐ AGORDO ☐ CENCENIGHE ☐ LAURIANO ☐ PEDEROBBA ☐ SEDICO1 ☐ SEDICO 2 ☐ PENSIONATI

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

ANNO ACCADEMICO 20 / 20

- ☐ Attestazione ISEE Universitario completo di DSU aggiornata e in corso di validità, a nome del socio richiedente.
- ☐ 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.

Firma _____

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