Richiesta di autorizzazione per un negozio specializzato AInf/AM

Il presente modulo va compilato in ogni sua parte dal/dalla richiedente, che si impegna a rispettare le convenzioni e gli allegati in vigore pubblicati sul sito Internet www.mtk-ctm.ch e accetta fin d'ora le sanzioni applicate in caso di violazione.

Indirizzo del negozio specializzato AInf/AM	
Ragione sociale	
Via/N.	
NPA/Località	
GLN del negozio specializzato AInf/AM	
Telefono	
E-mail	

Orari di apertura del negozio specializzato AInf/AM	
N. di giorni di apertura settimanali	
N. di giorni a settimana dedicati all'adeguamento dei sistemi uditivi	

Audioprotesista AInf/AM
Allegare una copia dell'attestato professionale «Specialista per sistemi uditivi con attestato professionale federale» o dell'attestato professionale «Audioprotesista con attestato professionale federale» (secondo l'Allegato 3, art.1.1) oppure un certificato di equipollenza della SEFRI (secondo l'Allegato 3, art. 1.2).

Cognome/Nome Audioprotesista AInf/AM	GLN	Grado di occupazione

Associazione di appartenenza, contrassegnare la casella interessata:

☐ Akustika
☐ Sistemi Uditivi Svizzera
☐ Nessuna

Luogo e data: Firma del/della titolare:

Allegati obbligatori:

- Audioprotesista AInf/AM: copie degli attestati professionali o certificati di equipollenza della SEFRI in caso di attestati professionali esteri
- Negozio specializzato AInf/AM: certificato/i di verificazione dell'audiometro/degli audiometri e della/e cabina/e di audiometria

Inviare moduli e allegati a: COMMISSIONE PARITETICA DI FIDUCIA
Segreteria CPF, Hirschmattstr. 36, casella postale 3065, 6002 Lucerna
o per e-mail a pvk-tk@grafundpartner.ch