

**Richiesta di autorizzazione per un negozio specializzato in protesi acustiche**  
**Il presente modulo va compilato dal richiedente, il quale si impegna a rispettare le convenzioni e gli allegati in vigore pubblicati sul sito internet [www.mtk-ctm.ch](http://www.mtk-ctm.ch) e accetta fin d'ora le sanzioni applicate in caso di violazione.**

<b>Indirizzo del negozio specializzato</b>		
Ragione sociale		
Via		
NPA/Località		
GLN del negozio		
Telefono		
Fax		
E-mail		
<b>Orari d'apertura</b>		
Giorni d'apertura settimanali		
Giorni dedicati settimanalmente all'adeguamento degli apparecchi acustici		
<b>Responsabilità tecnica (allegare copia dell'attestato professionale)</b>		
Cognome/Nome	GLN	Grado d'occupazione
<b>Altri specialisti (allegare copia dell'attestato professionale)</b>		
Cognome/Nome	GLN	Grado d'occupazione
<b>Apprendisti</b>		
Cognome/Nome	Anno d'apprendistato	Grado d'occupazione

**Associazione d'appartenenza**

**Cancellare ciò che non fa al caso**

AKUSTIKA	ASSA	Nessuna
----------	------	---------

Luogo e data:

Firma del proprietario:

**Allegati:**

- Copia degli attestati professionali e certificato di equipollenza della SEFRI per gli attestati esteri
- Protocolli di misurazione del locale per audiometria
- Protocollo di taratura del audiometro

**Da rimettere a:**

**SCTM, Alpenquai 28, casella postale 4358, 6002 Lucerna**