

Richiesta di autorizzazione per un negozio specializzato in sistemi uditivi

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 e accetta fin d'ora le sanzioni applicate in caso di violazione.

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

Associazione d'appartenenza:

- Akustika
- Sistemi Uditivi Svizzera
- Nessuna

Luogo e data:

Firma del proprietario/la proprietaria:

Allegati obbligatori:

- Copia degli attestati professionali federali e certificato di equipollenza della SEFRI per gli attestati esteri e una copia del attestato estero
- Rapporti de misura (Messberichte) delle cabine d'audiometria e l'audiometro clinico dal METAS
- Certificati di verifica delle cabine d'audiometria e l'audiometro clinico dal METAS

Da rimettere a: COMMISSIONE PARITETICA DI FIDUCIA, Segreteria CPF, Hirschmattstrasse 36, C. P. 6002 Lucerna o per e-mail a pvk-tk@grafundpartnerag.ch