



**A.I.T.A.**  
**Associazione Italiana Tecnici Audiometristi**

Il/la sottoscritta/o

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Telefono:	Cell.:	Fax:
E-mail:	Web:	Altro:

Chiede di essere iscritto all'Associazione Italiana Tecnici Audiometristi

Dichiara di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
conseguito nell'anno Accademico:  
presso l'Università di

Esercità attività di	Presso:
indirizzo:	recapiti:

Allego alla domanda la seguente certificazione:

- Certificato o fotocopia (firmata) del Diploma di Laurea o Diploma Universitario
- Altri documenti

Data

Firma: