



Unione  
Italiana dei  
Ciechi e degli  
Ipovedenti  
ONLUS-APS

Sezione Territoriale di Trento

**CENTRO DI DISTRIBUZIONE DEL  
LIBRO PARLATO DEL TRENTO**

**SCHEDA PER LA PRENOTAZIONE DELLE OPERE**

**Nome** \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ **Cell.** \_\_\_\_\_ **E Mail** \_\_\_\_\_

Nr.	Codice	Titolo	Autore
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_