**Associazione ciechi e ipovedenti della Svizzera italiana**

##### Biblioteca Braille e del libro parlato

### Cognome, Nome : ................................................................................................................

### Via : .................................................................................................................

### Luogo : ................................................... Tel : ..........................................

**ELENCO DELLE OPERE DESIDERATE**

**Si consiglia di fornire almeno 20 titoli**

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice** | **Titolo** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

[ ]  se in questa lista trovate titoli che ho già letto vi prego di non rimandarmeli

|  |
| --- |
| **Osservazioni:**  |