

(carta intestata)

Alla Centrale Operativa Territoriale Competente

SEDE

e, pc Alla Regione Campania D.G. 50 04 U.O.D. 04

Assistenza Ospedaliera

SEDE

Oggetto: Comunicazione inizio attività.

Si comunica che, in data_____ dalle ore_____ presso_____

Cap_____, Comune di_____ avrà inizio il corso di personale laico.

Di seguito, si indicano i nominativi dei partecipanti e dei docenti impegnati:

PARTECIPANTI:

N.	Cognome e Nome

DOCENTI:

Cognome e Nome

Il Responsabile