

Allegato D

(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 esito.

Corso _____, data _____, comune _____

PARTECIPANTI:

N.	Cognome e Nome	Esito prova teorica	Esito prova pratica	note

Firme DOCENTI:

Il Responsabile