

(carta intestata)

Alla Centrale Operativa Territoriale Competente
SEDE

e. p.c Alla Regione Campania D.G. 204.03.00
U.O.S 204.03.01
Qualità delle Cure, Reti e Percorsi
ospedaliere.dae@pec.regione.campania.it

OGGETTO: Comunicazione inizio attività.

Si comunica che, in data __/__/____ dalle ore _____ presso _____,

CAP _____, Comune di _____ avrà inizio il corso BLSD 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 Direttore Scientifico
