REGIONE CAMPANIA
UOD 04
ASSISTENZA OSPEDALIERA

ENTE/Associazione …… Allegato F

Anno _____ **CORSI EFFETTUATI N. ……**

COGNOME NOME	**Lugo di nascita**	**data di nascita**	ESITO	**data corso effettuato**	data rilascio autorizzazione	**DOCENTE Cognome nome**	**LAICO Cognome Nome**	**data retraining**	**conferma dati COT**

fonte: http://burc.regione.campania.it