Allegato F al Decreto assessoriale n. 736 del 12/8/2020

Elenco Corsisti che hanno conseguito la qualifica di Operatore Socio sanitario							
Ente Organizzatore_____ aut. n. del _____ ID Corso _____							
Cognome	**Nome**	**data di nascita**	**luogo di nascita**	**provincia**	**codice fiscale**	**codice identificativo corso**	**data esame finale**