

ELENCO CENTRI IPERBARICI REGIONALI

CENTRI PUBBLICI

- A.O. "Santobono - Pausilipon"
centro regionale di Medicina Subacquea ed Iperbarica (tel. 081/2205790 - 081/2205712);
- Università degli Studi di Napoli "FEDERICO II"
Seconda Facoltà di Medicina - (tel. 081/7463547);
- A.O. Ospedale "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"
Salerno (tel. 089/672618 - 089/67759);
- A.S.L. SA./1 - P.O. "Umberto I"
Nocera Inferiore-SA. (tel. 081/203323);
- A.O. "Ospedale Civile" Caserta (non operativo)
(tel.0823/231111);
- A.O. "Rummo" - Benevento
(tel. 0824/312444);
- A.O. Ospedale "G. Moscati"
Avellino (tel. 0825/203323);
- A.O. "A.Cardarelli"- Napoli
(tel.081/7474102)

CENTRI PRIVATI

- CEMSI
Salerno (tel. 089/672111 - 089/791323);
- IPER
Pozzuoli (tel. 081/5268339);
- Casa di Cura "Maria Rosaria"
Pompei (tel. 081/5359111);
- Villa dei Fiori - Acerra
(tel. 081/3190310).

Denominazione soggetto promotore

		I ANNO	II ANNO
	Inizio corso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Termine I^ quarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richiesta esami	Intermedi <input type="checkbox"/>	Finali <input type="checkbox"/>

Prot. n. _____ del _____

REGIONE CAMPANIA
 Assessorato alla Sanità
 Settore Aggiornamento e Formazione
 Personale Sanitario
 Centro Direzionale di Napoli is. C/3
 80143 - NAPOLI

I.N.A.I.L. di _____

Oggetto: Corso n. _____ per _____

Delibera G.R. n. _____ del _____

Autorizzazione n. _____ del _____

Iniziato il _____

Data termine primo quarto _____

Data termine primo anno _____

Data inizio secondo anno _____

Data fine corso _____

_____ li _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

ORARIO SETTIMANALE DELLE LEZIONI

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						
Dalle						
Alle						

ELENCO DEGLI ALLIEVI

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	TITOLO DI STUDIO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

ATTESTATO DI QUALIFICA

Si attesta che il Sig. _____

Nat ___ a _____ il _____

ha superato la prova pratica di idoneità per

“Infermiere Iperbarico”/“Tecnico Iperbarico”

prevista dalla deliberazione della Giunta Regionale Campania

n. _____ del _____ ed ha conseguito la qualifica di:

INFERMIERE IPERBARICO/TECNICO IPERBARICO

IL Presidente della
Commissione Esaminatrice

Rappresentante regionale
dell'Assessorato alla Sanità

Data _____