

**OPERATORE SOCIO SANITARIO**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data scadenza proroga</b>
C. M. I.	30/11/2023
C. A. M.	30/11/2023
D. G.	30/11/2023
T. C.	30/11/2023
M. M.	30/11/2023
F. G.	30/11/2023
M. P.	30/11/2023
V. M. L.	30/11/2023
T. D.	30/11/2023
R. G. M.	30/11/2023
C. S.	30/11/2023
C. M.	30/11/2023
O. S.	30/11/2023
S. D.	30/11/2023
M. F.	30/11/2023
G. N.	30/11/2023
O. M. B.	30/11/2023
P. G.	30/11/2023
S. V.	30/11/2023
P. N.	30/11/2023
M. M.	30/11/2023
M. A.	30/11/2023