



**ASL Bari**

**PugliaSalute**

REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

**INDICARE LA STRUTTURA PROPONENTE**

**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

ASL BA - Provider n. 9

**“TITOLO”**

**SEDE**

**DATA**

**Responsabile Scientifico**

**PROGRAMMA**

09:00 Argomento relazione (nome docente)

10:00 Argomento relazione (nome docente)

11:00 PAUSA

11:15 Argomento relazione (nome docente)

12:00 Argomento relazione (nome docente)

13:00 Argomento relazione (nome docente)

14:00 Conclusioni

**Segreteria organizzativa: Nome Cognome – indirizzo mail e numero di telefono**