



# AMBITO TERRITORIALE N19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito, Crispano  
ASL NA 2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

## ***Allegato C***

*(Scrivere in stampatello - in caso di insufficienza dello spazio continuare su foglio a parte datato e firmato)*

<b>Scheda di valutazione dei titoli del</b>  <b>Candidato/a</b> _____		
<b>ELEMENTI DI VALUTAZIONE PREVISTI DAL BANDO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI PRESTAZIONE PROFESSIONALI PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE N19- COMUNE CAPOFILIA AFRAGOLA</b>		Spazio riservato alla Commission e per la valutazione
<b>Titoli di studio (max punti 15)</b>		
<b>TITOLO DI STUDIO D'ACCESSO E VOTO RIPORTATO</b>  ( MAX Punti 10)	Titolo di accesso (Diploma) _____  _____  Titolo di accesso Laurea Magistrale o Vecchio ordinamento _____  _____  Titolo di accesso Laurea Triennale (laddove richiesto) _____  _____  Voto riportato nel titolo di studio di accesso _____  _____	







## AMBITO TERRITORIALE N19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito, Crispano  
ASL NA 2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

--	--	--	--	--	--

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Lì, \_\_\_\_\_ Firma del candidato/a \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza l'Ambito Territoriale N19 – Comune Capofila Afragola al trattamento ed alla conservazione dei dati personali comuni e sensibili nei propri archivi in conformità al D.Lgs 196/03 ss.ii.mm..

Lì, \_\_\_\_\_ Firma del candidato/a \_\_\_\_\_

**Si allega una fotocopia di un valido documento di identità del sottoscrittore della presente Dichiarazione.**