AL DIRIGINTE SCOLASTICO

Oggetto: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE LIBERA PROFESSIONE.

Il/la sottoscritto/a nato/a

il residente in

in servizio presso questo Istituto, in qualità di docente a tempo indeterminato/determinato per

l'insegnamento di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **CHIEDE**

per l'anno scolastico l'autorizzazione ai sensi delle vigenti disposizioni ad esercitare la

libera professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 508 del D.L.vo n. 297/94 cd in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione non sia di pregiudizio alla funzione svolta e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Il/la sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 comma 7 D.L.vo n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impegni o incarichi.

Data Firma

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **VISTA LA RICHIESTA SI AUTORIZZA** **NON SI AUTORIZZA** | **IL DIRIGENTE SCOLASTICO** **Simona Fimiani** |  |
|  |  |  |  |  |  |