

Richiesta autorizzazione esercizio libera professione

Al Dirigente Scolastico

…………………………………….

Il/la sottoscritto/a , nato/a a il residente a

in via

, in servizio presso codesto Istituto in qualità di Docente / ATA con contratto di lavoro a tempo indeterminato/tempo determinato di , iscritto all’Albo Professionale degli abilitati e/o Elenco speciale per l’esercizio della libera professione nella Provincia di ,

C H I E D E

alla S.V. ai sensi delle vigenti disposizioni l’AUTORIZZAZIONE ad esercitare la libera professione di

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza dell’ articolo 508 del Decreto L.gs n.297/1994 ed 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 sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall’art. 53 comma 7 Decreto L.gs n.165/2001 in merito ad incompatibilità , cumulo di impieghi e di incarichi.

Druento, Firma

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*