

ALLEGATO
Prot. N°.....

Al: Dirigente Scolastico
ITS FILANGIERI
TREBISACCE (CS)

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE.

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a il

residente a via n°

docente a tempo determinato/indeterminato presso questo Istituto per la materia/e

.....

Iscritto/a al seguente Albo Professionale e/o elenco speciale

.....

CHIEDE

per l'anno scolastico in corso l'autorizzazione ad esercitare la libera professione

di

ai sensi dell'art. 508 del D.lgs 297/94

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 53 comma 7 D.lgvo n. 165/2001 ed in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione non sia di pregiudizio all'assolvimento degli obblighi inerenti alla funzione docente e alle altre varie attività di servizio previste nel piano annuale degli impegni e risulta compatibile con l'orario di insegnamento e che la stessa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

..... **l i** ,

Firma del dipendente

Firma del Dirigente Scolastico
(per approvazione)
Prof.^{ssa} Laura GIOIA