

ALLEGATO 2

Assunta al protocollo _____

Al Signor Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

Sede

Oggetto: *Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione*

Il/la sottoscritto/a docente _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

_____ al numero _____, docente a tempo determinato/indeterminato presso

questo Istituto per la disciplina/e _____

classe di concorso _____, in servizio al plesso _____,

Iscritto/a al seguente Albo Professionale e/o elenco speciale (barrare se non interessa)

_____ dal _____

con numero tessera _____ presso l'ordine regionale/provinciale (barrare

se non interessa) di _____,

CHIEDE

per l'anno scolastico in corso, ovvero il 20__/20__, 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.lvo n. 165/2001 ed in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione/incarico retribuito 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.

Data _____

Firma del docente richiedente _____

Autorizzazione

Si concede

☐

Non si concede

☐

Motivo del diniego:

Il Dirigente Scolastico
