

Al Dirigente Scolastico
dell' I. C. PORTO ROMANO
Sede

Oggetto: richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione

Il/la sottoscritto/a docente _____ - _____

nato/a _____ il _____

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

_____ classe di concorso _____, in servizio al

plesso _____

Iscritto/a all' Albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione

di: _____

chiede

alla S.V ai sensi delle vigenti disposizioni, l'autorizzazione ad esercitare la libera professione

e/o incarico di _____

dal _____ al _____ c/o _____

Via _____ cap _____ codice fiscale _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 53 comma 7 D.l vo 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

Riservato all'Ufficio

Si Autorizza

Fiumicino _____

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Lorella IANNARELLI)