

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "E. Puxeddu"

OGGETTO: Richiesta autorizzazione libera professione

Il/la sottoscritto/a _____ ,
in servizio presso questo Istituto, in qualità di docente a tempo indeterminato/determinato per
l'insegnamento di _____ , iscritto
al seguente Albo professionale e/o Elenco speciale _____

CHIEDE

per l'anno scolastico 20__/20__ 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. n. 297/94 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 di tutte le attività inerenti la funzione di docente
e sia compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio e che essa è inoltre revocabile in
conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

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

Data, _____

Firma del dipendente

RISERVATO ALL'UFFICIO

Si autorizza / Non si autorizza

Villasor, _____

Il Dirigente Scolastico
Dott. Ignazio Todde