

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE.

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Residente a	Via e n. civico

in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

A TEMPO ☐ Indeterminato ☐ Determinato

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

--

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 508 del D.Lgs 297/1994 e dell'art. 53 del D.Lgs, 165/2001 e successive modifiche l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di

--

nell'anno scolastico 20____/20____

Dichiara inoltre che l'esercizio della libera professione non è di pregiudizio al normale svolgimento delle lezioni, non pregiudica la presenza alle altre attività inerenti il funzionamento dell'Istituto ed è compatibile con l'orario d'insegnamento.

Resta inteso che l'autorizzazione richiesta è da considerarsi sospesa nei periodi di assenza per malattia.

_____	_____
luogo e data	Firma del dipendente

RISERVATO ALL'UFFICIO

Domanda pervenuta in data _____

A mezzo _____

I.P.S.S.A.R. "P. ARTUSI" - RIOLO TERME (RA)

Prot. N _____ Al Sig. _____

OGGETTO: Autorizzazione all'esercizio della libera professione.

Vista la domanda prodotta dal Sig. _____

Volta ad ottenere l'autorizzazione ad esercitare la libera professione,

- ☐ NULLA-OSTA da parte di questa Dirigenza, fermo restando la possibilità di revoca in qualsiasi momento e senza preavviso, qualora il suo esercizio si riveli di pregiudizio allo svolgimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente o incompatibile con l'orario di servizio o di insegnamento o con altre attività inerenti al funzionamento dell'Istituto. Detta autorizzazione deve considerarsi automaticamente sospesa nei periodi di malattia. Quanto sopra limitatamente all'anno scolastico in corso.
- ☐ NON CONCEDE per incompatibilità con la funzione docente svolta

.....
luogo e data

.....
Firma del Dirigente Scolastico