

ALLEGATO 2

Assunta al protocollo _____

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

Sede

Oggetto: Richiesta autorizzazione per il seguente incarico

Il/la sottoscritto/a docente _____

nato/a a _____ il _____

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 _____ / _____, 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
