ISTITUTO COMPRENSIVO "G. PASCOLI"
Via Gramsci n. 18 – 48025 RIOLO TERME – RA
C.F. 90019120394 C.M. RAIC816005
Tel. 0546 77477 e-mail: segreteria@icpascoliriolo.it -Raic816005@pec.istruzione.it

Allegato 1

Al Dirigente scolastico
I.C. "G. PASCOLI"
RIOLO TERME (RA)

Oggetto: richiesta autorizzazione libera professione.

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____il_____

Residente in _____- nella via /piazza / cortile _____

Civico _____CAP, con C.F. _____in servizio presso questo

Istituto, in qualità di docente/ATA a tempo indeterminato/determinato per l'insegnamento di_____

_____ classe di concorso _____

in ruolo / fuori ruolo con contratto _____per complessive ore _____

iscritto al seguente Albo professionale e/o Elenco speciale _____

dal _____al numero (è possibile indicare il numero della tessera professionale) _____

CHIEDE

per l'anno scolastico _____ l'autorizzazione ai sensi delle vigenti disposizioni ad esercitare la libera professione di _____

_____

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere l'art.508 del D. Lgs n. 297/94 e in modo particolare di essere edotto/a che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione non sia di pregiudizio alla funzione svolta e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Il/la sottoscritta 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.

Lo/a scrivente è consapevole che ogni eventuale variazione va comunicata tempestivamente all'Amministrazione.

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. PASCOLI"
Via Gramsci n. 18 – 48025 RIOLO TERME – RA
C.F. 90019120394 C.M. RAIC816005
Tel. 0546 77477 e-mail: segreteria@icpascoliriolo.it -Raic816005@pec.istruzione.it

Luogo _____, data _____

Firma del dipendente

_____

PARTE AD ESCLUSIVO UTILIZZO DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE

VISTA l'istanza prodotta dal/la Prof./Sig. _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica, la Dirigente dott.ssa ___ _____, ai sensi dell' art. 508 del Decreto Lgs. 16/04/1994 n. 297 e successive modifiche e integrazioni

AUTORIZZA

il/la Prof./Sig. _____ perché tale esercizio non è di pregiudizio all'assolvimento delle attività inerenti la funzione docente ed è compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio. Tale autorizzazione cesserà con la fine dell'Anno Scolastico corrente o con l'eventuale definizione della prestazione i cui limiti temporali sono posti nella richiesta.

Luogo_____ data_____

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Silvia Ravaioli