AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 dell’Istituto Comprensivo “Fagnano Castello – Mongrassano”

**Oggetto: Oggetto: richiesta autorizzazione libera professione**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio in qualità di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso codesto Istituto, chiede di essere autorizzato/a a svolgere

l'incarico che verrà conferito da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(altre

scuole, amministrazioni pubbliche o soggetti privati) per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la seguente tipologia di prestazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’anno scolastico 2020/2021, ai sensi dell’art. 508, comma 15, del D.Lgs. 16 aprile 1994, n. 297, l’autorizzazione ad esercitare la libera professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell’art.508 del D.L.vo 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 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.L.vo n° 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi o incarichi.

data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Si autorizza

□ Non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Dott.ssa Lisa ALOISE