

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "CENNI-MARCONI"
VALLO DELLA LUCANIA

Oggetto: richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione.

___ l ___ sottoscritt _____
nat ___ a _____ il _____
residente a _____ Via _____
n° _____, insegnante a tempo determinato/indeterminato di _____
_____ presso questo Istituto.

CHIEDE

Alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di _____
Il/La sottoscritta dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 508 del
Decreto L.vo 16/04/1994 n. 297, che tale esercizio non è di pregiudizio
all'assolvimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente ed è compatibile con
l'orario di insegnamento e di servizio.

Il/La sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall' art.
53 D.L.vo n°165/2001 in merito ai incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

A tal fine dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare
svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.

Cordialmente.

_____ li, _____

Firma
