|  |  |
| --- | --- |
| MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO  Istituto Comprensivo Statale “SALERNO V OGLIARA”  C.M. SAIC81800L - C.F. 95000180653  Via Ogliara – 84135 SALERNO - Tel. 089/281281  **e-mail:** [saic81800l@istruzione.it](mailto:saic81800l@istruzione.it%20) - pec : [saic81800l@pec.istruzione.it](mailto:saic81800l@pec.istruzione.it)  Codice Univoco Ufficio UF1385 - Sito: [www.comprensivogliara.it](http://www.comprensivogliara.it) | Modulistica  interna |
| ***RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE*** | |
| **Anno Scolastico: 20\_\_/\_\_** | |

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. “Salerno V - Ogliara”

**OGGETTO: richiesta autorizzazione all’esercizio della libera professione**

ll/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

* docente a tempo indeterminato per l’insegnamento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* docente a tempo determinato per l’insegnamento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ATA a tempo indeterminato/determinato

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, 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 ……………………………………….