



Ministero dell' Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO Scuola dell'Infanzia – Primaria - Sec. di I grado

Via Dionigi Castelli, 2 – 24065 LOVERE (BG) Tel. 035/961391

C.F. 96005660160 – Cod. Univoco: UF0HRI - C.M. BGIC855001 - e-mail: segreteria@iclovere.edu.it –
bgic855001@pec.istruzione.it Sito web: www.iclovere.edu.it

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo di Lovere
Sede

Oggetto: **Richiesta autorizzazione esercizio libera professione**

_____ I _____ sottoscritt _____ nat_ a _____

il ____/____/____ in servizio nell'Istituto in qualità di: Insegn. con contratto a t.
i./t.d. di _____

iscritto all'Albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di:

chiede

alla S.V. ai sensi delle vigenti disposizioni l'AUTORIZZAZIONE ad esercitare la libera

professione di _____ per l'anno scolastico _____

Il sottoscritto 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 all'assolvimento di tutte le attività inerenti la funzione di docente e sia compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 D.L. .vo n.° 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

IMPORTO PREVISTO _____ DENOMINAZIONE CONFERENTE _____

TIPOLOGIA SOGGETTO CONFERENTE (Pubblico/Privato – persona fisica/giuridica) _____

DATA INIZIO _____ DATA FINE _____

TOTALE ORE _____

ALLEGARE RELAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO

(data)

(firma del dipendente)

Riservato all'Ufficio

Si autorizza

Lovere, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Simonetta Marafante