



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "LEONARDO DA VINCI"
ITI (CSTF07701X)- ITCG(CSTD07701N) IPAA -IPSSAR (CSRA07701B) 87053 SAN GIOVANNI IN FIORE CS)
via delle Ginestre CM:CSIS07700B- Tel Istituto 1861932 - Fax 0984/970110_E-mail: csis07700b@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
Dell' I.I.S." Leonardo da Vinci"
Di San Giovanni in Fiore

Oggetto: **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE LIBERA PROFESSIONE**

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. ___ e residente in via _____ n. _____
comune di _____ cap _____ prov. _____
in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di _____

con rapporto di lavoro:

- Tempo determinato
- Tempo Indeterminato

CHIEDE

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

Il sottoscritto 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 sottoscritto Dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 DL.vo n°165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

San Giovanni in Fiore _____

FIRMA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
