

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

---

---

**OGGETTO:** *Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione.*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>, nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_, docente a \_\_\_\_\_ Tempo Indeterminato \_\_\_\_\_ Tempo Determinato per la  
classe di concorso (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
in servizio presso codesto Istituto, con la presente;

***CHIEDE***

alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di:

\_\_\_\_\_

A tal fine 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.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53, co. 7 del D.L.vo n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi o incarichi.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

*Firma*

---

<sup>(1)</sup> Allegare copia del documento d'identità in corso di validità.

-----  
(Spazio riservato all'Ufficio)

**VISTO** del Dirigente Scolastico:

**SI** concede

**NON** si concede

**IL DIRIGENTE**  
(Dott. Vincenzo TEDESCO)

---