

Al Dirigente Scolastico - Rettore  
Prof.ssa Isabella Pinto  
dell'I.S.I.S.S. Magarotto con Convitto annesso

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

Il/la sottoscritto/a ,  
nato/a a , il ,  
residente a , in via ,  
in servizio presso codesto Istituto in qualità di  con  
contratto a tempo  indeterminato /  determinato di ,  
iscritto/a all'albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di  
 nella Provincia di

**CHIEDE**

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

Il/la sottoscritto/a 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 di  ed è compatibile con l'orario di servizio.

Il/la sottoscritto/a 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.

Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei  
suoi diritti sono disponibili all'indirizzo: <https://www.isiss-magarotto.edu.it/privacy.html>

, li  /  /   
(Luogo e data)

*Firma*

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Sig. \_\_\_\_\_ Agli ATTI

**Oggetto: Autorizzazione Esercizio Libera Professione – Sig. \_\_\_\_\_**

VISTA la richiesta del Sig. \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto,  
il Dirigente Scolastico, ai sensi dell' articolo 508 del Decreto L.vo 16/04/1994 n. 297,

**A U T O R I Z Z A**

Il Sig. \_\_\_\_\_, perché tale esercizio non è di pregiudizio  
all' assolvimento delle attività inerenti la funzione docente ed è compatibile con l'orario di  
insegnamento e di servizio.

f.to Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Isabella Pinto