

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 insegnante 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 docente ed è compatibile con l'orario di insegnamento e 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