Allegato 1

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO LIBERA PROFESSIONE

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Capizzi - Cesarò"

Il sottoscritto _____, nato a _____il _____residente a _____ in via _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di insegnante con contratto a t. i./t. d. di _____, iscritto all'albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di _____nella Provincia di _____,

C H I E D E

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 D.Lgs. 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 D.Lgs. n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

Capizzi, _____

FIRMA

_____