Allegato 2

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE INCARICO

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

Oggetto: Richiesta autorizzazione per il seguente incarico _____

ll/la sottoscritto/a docente _____

nato/a a _____il _____

residente a_____in via_____al numero

docente a T.D./T.I. presso questo Istituto per la disciplina/e _____classe di

concorso _____, in servizio al plesso _____

CHIEDE

per l'anno scolastico in corso, ovvero il _____, l'autorizzazione al conferimento di incarichi retribuiti da parte di altri soggetti pubblici e privati. Nello specifico dettaglia le seguenti informazioni:

Dati soggetto conferente _____

Tipologia soggetto conferente _____

Codice fiscale _____

Denominazione _____

Recapito mail _____recapito telefonico _____

Oggetto dell'incarico: Docenze/altro (specificare)_____

Tipologia importo (lordo) Previsto /presunto Importo _____

Incarico conferito in applicazione di una specifica norma si/no _____

Riferimento normativo per il conferimento dell'incarico _____

Data inizio incarico _____ Data fine incarico _____

Ragioni a motivo del conferimento _____

_____

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

_____