Al Dirigente Scolastico
Istituto Scolastico Comprensivo
"*Raffaello Sanzio*"
Porto Potenza Picena (MC)

Oggetto: Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione - a.s. / .

__ l __ sottoscritt _____

nat__ a _____ il _____

residente a_____ Via _____

n° _____, in servizio in qualità di:

❒personale Docente di _____

❒personale A.T.A., profilo _____

con contratto di lavoro

❒a tempo determinato dal ___/___/_____ al ___/___/_____

❒a tempo indeterminato dal ___/___/_____

presso codesto Istituto,

CHIEDE

Alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di _____ _____ai sensi dell'art. 53 del D.L.vo n° 165/2001 e dell'art. 508 del D. L.vo n° 297/1994 per l'anno scolastico _____/_____.

A tal fine dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione di Docente/A.T.A. e alle altre attività collaterali.

Porto Potenza Picena, ___/___/_____

Firma

_____