



Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
ante con contratto a t. i./t. d. di \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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 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 sottoscritto 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.

Firma \_\_\_\_\_