

Richiesta autorizzazione esercizio Attività di Collaborazione
---

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC Crema Due

Il/La sottoscritto/a ZECCHINI SILVIA  
nato/a a CREMA il 20/5/1970  
residente a CREMA in via S. ALLOCCHIO 23C

\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto in qualità di  
insegnante con contratto a tempo INDETERMINATO,

☒ iscritto/a all'albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di \_\_\_\_\_  
nella Provincia di \_\_\_\_\_, con numero \_\_\_\_\_;

☐ non iscritto/a in nessun albo,

### CHIEDE

alla S.V. ai sensi delle vigenti disposizioni l'AUTORIZZAZIONE ad esercitare la seguente Attività di  
Collaborazione - LAVORO SUBORDINATO CON RAPPORTO DI DIPENDENZA  
PER OTTO (8) ORE SETTIMANALI.

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 di 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.

Crema, 14/11/2024

[Signature]