Al Dirigente Scolastico

**IIS “SICILIANI - DE NOBILI”**

Sede

Oggetto: **Richiesta autorizzazione esercizio libera professione per l’anno scolastico 2024/2025.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio in codesto Istituto in qualità di

* docente con contratto a tempo indeterminato disciplina/e\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe di concorso \_\_\_\_\_\_
* docente con contratto a tempo determinato

 disciplina/e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe di concorso \_\_\_\_\_\_

iscritto/a al seguente Albo Professionale e/o Elenco Speciale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  presso l’ordine regionale/provinciale

tessera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V., ai sensi delle vigenti disposizioni, l’AUTORIZZAZIONE a esercitare la libera professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell’art. 508, del D.L.vo n. 297/94 e in particolare di sapere che l’autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l’esercizio della libera professione non sia di pregiudizio all’assolvimento di tutte le attività inerenti la funzione di docente e sia compatibile con l’orario di insegnamento e di servizio e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Il/La sottoscritto/a 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.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del docente richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizzazione**

* **Si concede**
* **Non si concede**

**Motivo del diniego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Il Dirigente Scolastico

Filomena Rita Folino