



MIM

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GIACOMO PUCCINI" - PESCAGLIA
SEDE LEGALE: VIA PEDOGNA, 3 - 55064 PESCAGLIA (LUCCA)
NUMERO DI CODICE FISCALE: 93003030462
SEGRETERIA: TEL. 0583 359106 - FAX 0583 359512

Mail: LUIC823001@istruzione.it - Pec: LUIC823001@PEC.istruzione.it - sito web: www.icpescaglia.edu.it

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE

Al Dirigente Scolastico

Il / la sottoscritt _____ in servizio presso la scuola
_____ di codesto Istituto con contratto a tempo
indeterminato determinato in qualità di Docente A.t.a.

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.

A tal fine dichiara di essere consapevole che

- tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.
- L'autorizzazione all'esercizio della libera professione può essere revocata in qualsiasi momento nel caso essa divenga d'intralcio al regolare andamento e impegno che richiede la funzione docente.

_____, _____

Firma
