# AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE

Al Dirigente Scolastico dell’ I.T.E “A.De Viti De Marco”

CASARANO

l sottoscritt \_ , in servizio presso codesto Istituto - quale Docente a tempo determinato/ indeterminato per l’insegnamento di

,iscritto all’Albo degli abilitati per l’esercizio della libera professione di

# C H I E D E

alla S.V., l’**AUTORIZZAZIONE** ad esercitare la **LIBERA PROFESSIONE** di:

er l’a.s. / .

l sottoscritt dichiara di essere a conoscenza:

* dell’art. 508 del D.L.vo n. 297/94;
* dell’art. 6 delle Legge 140/97-Rapporto di lavoro a tempo parziale e orario di lavoro;
* Circolare funzione pubblica n. 3 del 19/02/1997- Normativa generale sulle incompatibilità;
* Circolare funzione pubblica n. 6 del 97 –Lavoro a tempo parziale e disciplina delle incompatibilità;
* nota del MIUR prot. n. 1584 del 29/07/2005- Esercizio di attività incompatibili con la funzione docente;
* 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 alla funzione 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 sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall’art. 53 del D.L.vo n.165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

Data

Con Osservanza