



RICHIESTA ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE

MODULO B4

Al Dirigente Scolastico

del CPIA N°1 di Cagliari

OGGETTO: Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione

__/__/__ Sottoscritt

COGNOME _____ **NOME** _____

NAT __/__/__ **A** _____ **STATO** _____ **IL** __/__/__

CITTADINANZA _____ **CODICE FISCALE** _____

RESIDENTE A _____ **PROV** (____) **CAP.** _____

IN VIA/PIAZZA _____ **N°** _____

IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO NELL'ANNO SCOLASTICO ____/____ **AL DISTRETTO N°** _____

SEDE DI _____

- | | | | |
|----------------------|---|------------------------|--|
| <i>In qualità di</i> | <input type="checkbox"/> DOCENTE | <i>Con contratto a</i> | <input type="checkbox"/> INDETERMINATO |
| | <input type="checkbox"/> COLLABORATORE SCOLASTICO | | <input type="checkbox"/> DETERMINATO AL 30/06 O 31/08 |
| | <input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMMINISTRATIVO | | <input type="checkbox"/> SUPPLENZA BREVE |

ISCRITTA/O AL SEGUENTE ALBO PROFESSIONALE _____

CON NUMERO TESSERA _____

PRESSO L'ORDINE REGIONALE DELLA REGIONE _____

CHIEDE

per l'anno scolastico in corso, l'autorizzazione ad esercitare la libera professione di cui sopra, ai sensi dell'art. 508 del D.Lgs 297/94.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 53 comma 7 D.lvo n. 165/2001 ed in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione/incarico retribuito non sia di pregiudizio all'assolvimento degli obblighi inerenti alla funzione docente e alle altre varie attività di servizio previste nel piano annuale degli impegni e risulta compatibile con l'orario di insegnamento e che la stessa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Data _____ **Firma** _____

VISTA LA DOMANDA **SI CONCEDE** **NON SI CONCEDE**

DSGA
Indicare eventuale motivo del diniego:

DIRIGENTE SCOLASTICO