

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE DI ESERCIZIO LIBERA PROFESSIONE O SVOLGIMENTO INCARICHI
RETRIBUITI**

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Solesino-Stanghella"
SOLESINO (PD)

Il sottoscritt _____ nat a _____ il _____ residente a
_____ Via/Piazza _____ n. _____
insegnante a tempo determinato/indeterminato di _____
presso codesto Istituto

C H I E D E

O l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di _____

O l'autorizzazione allo svolgimento di incarico retribuito. Tale incarico:

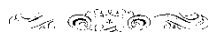
- sarà conferito dal seguente Ente _____
- avrà la seguente durata: dal _____ al _____
- sarà svolto presso la seguente sede _____
- avrà il compenso prevedibile di € _____

A tal fine si dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali (art. 508 del d.lgs. 297/94).

Data _____ FIRMA _____



ISTITUTO COMPrensIVO STATALE "Solesino-Stanghella"- SOLESINO (PD)



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- CONCEDE
- NON CONCEDE per i seguenti motivi: _____

quanto sopra richiesto relativamente all'anno scolastico _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO