**Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca**



**ISTITUTO COMPRENSIVO COMPLETO “G. ADAMOLI” DI BESOZZO**

**Via degli orti, 5 21023 Besozzo (VA) - Tel 0332-77.02.04 FAX 0332-70.75.35**

**e-mail:** [**vaic81200g@istruzione.it**](mailto:vaic81200g@istruzione.it) **- sito web: www.icsadamoli.gov.it**

**posta elettronica certificata:** [**vaic81200g@pec.istruzione.it**](mailto:vaic81200g@pec.istruzione.it)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## OGGETTO: richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente a tempo □ determinato □ indeterminato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso questo Istituto

***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 che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_