**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** **- sito web: www.icsadamoli.gov.it**

**posta elettronica certificata:** **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

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