



Ministero dell'Istruzione e del Merito

C.P.I.A. 1 NOVARA

CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI

Via Aquileia n.1 - 28100 **Novara** - tel. 0321 431020

cod. fisc. 94073720032 cod. min. NOMM188009 - sito web www.c pianovara.edu.it

e-mail: nomm188009@istruzione.it pec: nomm188009@pec.istruzione.it

Alla cortese attenzione del
DIRIGENTE SCOLASTICO
CPIA1 NOVARA

Oggetto: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE LIBERA PROFESSIONE.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ il _____ residente in _____

via _____, in servizio presso questo Istituto, in qualità

di docente a tempo indeterminato/determinato per l'insegnamento di _____

Iscritto al seguente Albo professionale e/o Elenco speciale _____

CHIEDE

per l'anno scolastico _____ l'autorizzazione ai sensi delle vigenti disposizioni ad esercitare la

libera professione di _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 508 del D.L.vo n. 297/94 ed in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione non sia di pregiudizio alla funzione svolta e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Il/la sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 comma 7 D.L.vo n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impegni o incarichi.

Data

Firma

VISTA LA RICHIESTA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

☐ SI AUTORIZZA

Prof.ssa Rosamaria Arcuri

☐ NON SI AUTORIZZA
