

Al Dirigente Scolastico del CPIA Caserta

Oggetto: Richiesta di autorizzazione a svolgere la LIBERA PROFESSIONE (Art. 53 D. L.vo 165/2001)

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____
con contratto di lavoro a tempo [] indeterminato [] determinato
[] tempo pieno o parziale con prestazione lavorativa superiore al 50% dell'orario normale [] tempo parziale con
prestazione lavorativa pari o inferiore al 50% dell'orario normale (ore di servizio su_)

CHIEDE

l'autorizzazione a esercitare la libera professione di _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 508 del D. L.vo n. 297/1994, che tale esercizio non è in conflitto o in concorrenza con gli interessi dell'Amministrazione e con il buon andamento della stessa, non è di pregiudizio all'assolvimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente ed è compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 D. L.vo n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

Data _____

Firma

VISTO SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA

Data _____

**Il Dirigente Scolastico
Dott. Raffaele Cavaliere**

Oggetto: Richiesta di autorizzazione a svolgere ALTRA ATTIVITA' professionale (Art. 53 D.L.vo 30/03/2001).

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato determinato
 tempo pieno o parziale con prestazione lavorativa superiore al 50% dell'orario normale
 tempo parziale con prestazione lavorativa pari o inferiore al 50% dell'orario normale (ore di servizio _____ su _____)

CHIEDE

l'autorizzazione per lo svolgimento nell'anno scolastico in corso della/e seguente/i attività di carattere temporaneo e occasionale: _____ (specificare la tipologia):

Compenso previsto € _____ presunto € _____ L'attività prevede il solo rimborso di spese documentate.

L'attività verrà svolta a favore dell'Azienda/Ente _____

Sede Legale _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Periodo dal _____ al _____

Il sottoscritto si impegna in ogni caso a comunicare ogni variazione in merito all'attività da svolgere e all'esatto importo del compenso percepito

DICHIARA

che l'attività da svolgere non è in conflitto o in concorrenza con gli interessi dell'Amministrazione e con il buon andamento della stessa;

che l'attività da svolgere non è in conflitto con gli orari di servizio in quanto verrà svolta al di fuori dei medesimi;

di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 D. L.vo n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi;

di essere a conoscenza che l'ammontare del compenso percepito dovrà essere comunicato all'Amministrazione di appartenenza entro 15 gg. dalla liquidazione dello stesso.

Data _____

Firma _____

VISTO SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA

Data _____

**Il Dirigente Scolastico
Dott. Raffaele Cavaliere**