AL DIRIGENTE SCOLASTICO

C.P.I.A. 1 – FOGGIA “D.M. Sassoli”

**Prot.n. /FP del**

 e p.c. AL DSGA

# Oggetto: richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione.

 l sottoscritt nat a il residente a Via n° , insegnante a tempo determinato/indeterminato di

 presso questo Istituto, iscritto al seguente albo professionale e/o elenco speciale

# CHIEDE

Alla S.V. l'autorizzazione per l’a.s. 20 / 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

Vista la domanda

* si concede IL DIRIGENTE SCOLASTICO
* non si concede *(prof.ssa Antonia CAVALLONE)*
* si prende atto