

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico e Linguistico Statale
"O. TEDONE"
Ruvo di Puglia

Oggetto: richiesta di autorizzazione ad esercitare la libera professione

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____

in servizio presso il Liceo Scientifico e Linguistico Statale "O.Tedone" di Ruvo di Puglia in
qualità di docente con contratto a tempo indeterminato/determinato, regolarmente
iscritto/a all'albo professionale _____ al nr. _____, p.IVA.
_____, ai sensi di quanto previsto dall' art. 508 comma 15 d.lgs. 297/94

CHIEDE

L'autorizzazione ad esercitare la libera professione di

_____.

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'attività in questione non sarà di pregiudizio alla
funzione docente (comprensiva di tutte le attività ad essa riferite) e sarà
pienamente compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio.

La dichiarazione sopra riportata è rilasciata ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000
sotto la propria responsabilità.

In fede

firma del richiedente