

**AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE REGOLAMENTATA**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente a tempo indeterminato, determinato o part-time ________,

DICHIARA

- a. di essere a conoscenza di tutta la normativa relativa all'esercizio della libera professione da parte dei dipendenti pubblici e di aver letto la Circolare interna n. 3;
- b. di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale _____ della Provincia di _____ con il n. _____

CHIEDE

di svolgere la libera professione di _____, per l'a.s. 20__/20__,

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che l'attività in questione non è di pregiudizio alla funzione di Docente (comprensiva di tutte le attività ad essa riferite) ed è pienamente compatibile con l'orario delle attività di insegnamento e di non insegnamento relative alla funzione Docente e che l'autorizzazione eventualmente concessa potrebbe essere revocabile in qualsiasi momento in conseguenza a modifiche dell'orario di cui sopra.

Il Sottoscritto è consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

1) Prot. n. _____ del _____

2) ◆VISTO

◆VISTO

firma

IL DIRETTORE SS.GG.AA

firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

3) ☐ SI AUTORIZZA

☐ NON SI AUTORIZZA per le seguenti motivazioni: