



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MICHELE GIUA"**



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41 - 09134 CAGLIARI – Tel. 070.500786 – 070.501745
email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

Al Dirigente Scolastico
IIS "Michele Giua" – Cagliari

OGGETTO: Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione

Il/La sottoscritto/a docente _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ in
via _____ n. _____ docente a tempo determinato/indeterminato presso
questo Istituto per la disciplina/e _____ classe
di concorso _____, in servizio al plesso _____ iscritto/a al
seguito Albo Professionale e/o elenco speciale (barrare se non interessa)
_____ dal _____ con numero tessera _____
presso l'ordine regionale/provinciale (barrare se non interessa) di _____

CHIEDE

per l'anno scolastico in corso, ovvero il _____, l'autorizzazione ad esercitare la libera
professione di _____ ai sensi dell'art. 508 del D.Lgs 297/94.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 53 comma 7 D.lvo n. 165/2001 ed in
particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della
libera professione/incarico retribuito non sia di pregiudizio all'assolvimento degli obblighi inerenti alla
funzione docente e alle altre varie attività di servizio previste nel piano annuale degli impegni e risulta
compatibile con l'orario di insegnamento e che la stessa è inoltre revocabile in conseguenza delle
modifiche di tale presupposto.

Data.....

Firma del docente richiedente