

**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE PERITO-LEVI**

**Liceo Classico – Liceo Artistico - Liceo Musicale - Liceo Classico Europeo**

**Via E. Perito, 20 - Eboli (SA) Tel. 0828/366586 C.M. SAIS059003 Cod. Fiscale 91053310651**-

[www.iisperitolevi.edu.it](http://www.iisperitolevi.edu.it) **CODICE UNIVOCO UFFICIO: UF84TA**

Sede Levi - Via Pescara, 10 - Eboli (SA) Tel. 0828/366793

[sais059003@istruzione.it](mailto:sais059003@istruzione.it) - [sais059003@pec.istruzione.it](mailto:sais059003@pec.istruzione.it)

**AMBITO SA-26**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.I.S. “PERITO LEVI”**

**EBOLI SA**

|  |
| --- |
| **Richiesta autorizzazione esercizio libera professione** |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°.\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto in qualità di docente con contratto a T.I. / T.D. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’albo degli abilitati per l’esercizio della libera professione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

limitatamente all’anno scolastico 2023/2024 l’autorizzazione all’esercizio della libera professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della regione Campania ai sensi dell'art. 53 del D.L. vo n° 165/2001 e dell'art. 508 del D. L.vo n° 297/1994.

Dichiara che tale attività non è di pregiudizio all’assolvimento di tutti gli impegni scolastici e non interferirà, né direttamente né indirettamente, con lo svolgimento della funzione docente. Dichiara altresì, sotto la propria responsabilità, di non svolgere attività commerciali, industriali o professionali non menzionate sopra, né di impartire lezioni ad alunni frequentanti questo istituto, ai sensi degli artt. 91 e 92 del DPR 31/05/1974 n. 417 e dell’articolo 60 del 2

Data,

In fede

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Vista la richiesta del/della prof/prof.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si autorizza l’esercizio della libera professione per l’anno scolastico / alle condizioni sopra specificate e dichiarate dall’interessato, salvo revoca nel corso dell’anno scolastico, per eventuali motivi pregiudiziali espressamente previsti dalla normativa.

**Il Dirigente Scolastico**

**PROF.SSA LAURA MARIA CESTARO**