



**LICEO "MARCONI-DELPINO"**  
CLASSICO – SCIENTIFICO – SCIENZE UMANE – ECONOMICO-SOCIALE

Piazza Caduti di Nassiriya, 14 – 16043 Chiavari (GE)

Tel. 0185 363057/0185 308385

C.F. 90066960106 – email: [geps17000a@istruzione.it](mailto:geps17000a@istruzione.it)

[www.marconidelpino.edu.it](http://www.marconidelpino.edu.it)



**Al Dirigente Scolastico  
Liceo Scientifico Classico  
Scienze Umane  
MARCONI-DELPINO**

OGGETTO: Richiesta autorizzazione esercizio libera professione

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ in servizio nell'Istituto in qualità di:

Insegnante con contratto a tempo indeterminato di \_\_\_\_\_

Insegnante con contratto a tempo determinato di \_\_\_\_\_

**Iscritto all'Albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di:**

\_\_\_\_\_

**chiede**

alla S.V. ai sensi delle vigenti disposizioni l'AUTORIZZAZIONE ad esercitare la libera professione di: \_\_\_\_\_

per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 508, del D.l.vo n. 297/94 ed in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione non sia di pregiudizio all'assolvimento di tutte le attività inerenti la funzione di docente e sia compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 D.L.vo n.° 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

Chiavari, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

**Riservato all'Ufficio**

**Prot. n.            del**

**Si autorizza**

**Non si autorizza**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
(prof.ssa Paola Salmoiraghi)