

Il/La sottoscritto/a
matricola nato/a a il
residente a via cap.
insegnante di a tempo
per n..... ore, a conoscenze delle norme che regolano la materia,

CHIEDE

Di essere autorizzato, nel corrente anno scolastico ____/____ ad esercitare la libera professione di :
.....
.....

Con PARTITA I.V.A. n.

ed eventuale altro istituto _____

Dichiara che tale professione non è di pregiudizio all'assolvimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente ed è compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio.

In relazione alle eventuali attività conferite da parte di altre Istituzioni scolastiche e formative, il sottoscritto si impegna a darne comunicazione ai sensi delle norme vigenti.

Data

firma

Visto si autorizza

Il _____

iisdm_tn/ _____ - _____ / _____ /

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Paolo Chincarini