****

Ministero dell’Istruzione, dell’Universita’ e della Ricerca

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20° Ambito Territoriale Roma 6

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

peormic8by00l@istruzione.it - pecrmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.gov.it](http://www.icmatteoricci.gov.it)

Codice fiscale 97389090586 CodiceiPAistsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

**MODELLO RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD ESERCITARE LA LIBERA PROFESSIONE**

*Oggetto: richiesta di autorizzazione ad esercitare la libera professione*

*Il/La sottoscritto/a prof./prof.ssa/ins. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*docente in servizio con Incarico a T.I./T.D. presso questo Istituto*

*DICHIARA*

*di essere iscritto all’Albo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n. d’ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e*

***CHIEDE***

*ai sensi dell’art. 508, comma 15, del D.Lgs. 16 aprile 1994, n. 297, l’autorizzazione ad esercitare la libera professione di*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*Il/La sottoscritto/a assicura che l’attività in questione non sarà di pregiudizio alla funzione*

*docente (comprensiva di tutte le attività ad essa riferite) e sarà pienamente compatibile con l’orario di in segnamento e di servizio.*

*Roma,*

*In fede*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del richiedente*