



REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA – DISTRETTO SCOLASTICO N. 1

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE STATALE
“DON MICHELE ARENA”

I.T.E.T. “Don M. ARENA” Corso Serale	I.P.S.C.T. “S. FRISCIA” con sede coordinata a Menfi CTRH – CTS	I.P.S.I.A. “A. MIRAGLIA” Professionale e Industriale
--	---	--

CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE PER L'E.D.A.

Via Nenni - ☎0925/22510 – Fax 0925/2424 Via Giotto - ☎0925/85365 – Fax 0925/85336

Corso Miraglia - ☎0925/22239 – Fax 0925/23410 Via ETA (Menfi) ☎ e Fax 0925/74214

C.F. 92002960844 - Sito www.itcarena.it

E-mail: agis01600n@istruzione.it - Pec: agis01600n@pec.istruzione.it

92019 - **SCIACCA (AG)**

Prot.n.

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. “ Don Michele Arena”
Sciacca

OGGETTO: Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione

Il/L_ sottoscritt_ _____ docente T.I. T.D. in servizio
presso questo Istituto nell'a.s. _____ con cattedra a **TEMPO PIENO** **PART TIME pari**
a **__ ore settimanali**

CHIEDE

l'autorizzazione ad esercitare la libera professione di _____ iscrizione all'Albo
_____ di _____, assicurando che tale impegno non arrecherà pregiudizio
all'assolvimento delle attività inerenti la funzione docente ed a tutte le attività aggiuntive stabilite dal
Contratto Nazionale vigente e **che non comporterà ritardi, assenze e richieste di permessi specifici**

DICHIARA

- di non esercitare alcuna altra attività al di fuori di quella per cui ha chiesto l'autorizzazione
- di comunicare direttamente per iscritto all'Istituto le eventuali variazioni alla situazione sopra riportata, che potrebbero intervenire durante l'anno scolastico.

Sciacca , _____

In fede
