

Al Dirigente scolastico
dell'ISIS Niccolini-Palli
Livorno

Oggetto: **AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO LIBERA PROFESSIONE**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in servizio presso codesto Istituto, in qualità di docente a tempo indeterminato per
l'insegnamento di _____

CHIEDE

L'autorizzazione all'esercizio della libera professione per

Ai sensi dell'art. 508 comma 15 D.L. n. 297 del 16/04/1994.

Il/La sottoscritto/a assicura che l'esercizio della libera professione non interferirà con
quella prevalente di docente.

Livorno, li _____

Firma _____