



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*



**Istituto di Istruzione Superiore "Benedetto Castelli"**  
Istituto Tecnico Settore Tecnologico, Scuola in Ospedale  
Via Cantore, 9 25128 Brescia tel. 030/3700267 fax 030/395206 e-mail [segreteria@itiscastelli.it](mailto:segreteria@itiscastelli.it)  
cod. fiscale 80048510178 - cod. unico fatturazione UFE3MI - cod. ipa istsc\_bsiso37004 - cod. mecc. BSISo37004  
PEC: [bsiso37004@pec.istruzione.it](mailto:bsiso37004@pec.istruzione.it) - SITO: [www.iiscastelli.gov.it](http://www.iiscastelli.gov.it)

## RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO LIBERA PROFESSIONE

Al Dirigente Scolastico  
IIS B. CASTELLI-BRESCIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ in servizio presso

questo istituto in qualità di \_\_\_\_\_

iscritto al seguente ordine professionale e/o elenco speciale

\_\_\_\_\_

**C H I E D E** sensi dell'art.508 del D.Lgs 297/94

Per l'anno scolastico 201 \_\_\_/201 \_\_\_ L'AUTORIZZAZIONE all'esercizio della libera professione  
di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara:

1. di essere a conoscenza dell'art.53 comma 7 D.lgs 165/2001
2. ed in particolare di essere a conoscenza che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione non sia di pregiudizio all'assolvimento degli obblighi inerenti alla funzione docente e alle altre varie attività di servizio previste nel piano annuale degli impegni e risulta compatibile con l'orario di insegnamento
3. che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Brescia,

FIRMA

\_\_\_\_\_