

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'esercizio della libera professione.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente nel comune di _____ Prov. _____
in Via/P.zza _____ civico n° _____ C.A.P. _____
e-mail _____ Tel. _____ docente
di _____ classe di concorso _____ con contratto a Tempo Determinato/Indeterminato
per n. _____ ore settimanali in servizio presso questa Istituzione scolastica a far data dal _____,

CHIEDE

alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di _____ per il
corrente anno scolastico. A tal fine allega, alla presente, copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a, pertanto, consapevole delle sanzioni a cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi delle vigenti disposizioni,

DICHIARA:

- di non svolgere per l'anno scolastico in corso altra attività che sia incompatibile a quella in aggiunta a quella d'Istituto - ai sensi dell'ex art.58 del D.Lgs.vo n. 29 del 03/02/1993 e del comma 60 dell'art. 662 del 23/12/1996 e C.M. n.160 del 12/03/1999, Circ.n. 10/98 Prot.n. 35217 del 16/12/1998 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica ;
- ⁽¹⁾ di essere iscritto al presente albo professionale: _____ del comune di _____ Prov. (_____) dal _____;
- ⁽¹⁾ di non essere iscritto a nessun albo professionale, poiché non ancora previsto dalla normativa vigente;
- di essere consapevole che la libera professione è l'attività svolta in maniera autonoma, a livello professionale e per più committenti, ed i redditi derivanti dall'esercizio di attività libero-professionali debitamente autorizzate sono esentati dalla disciplina dell'anagrafe delle prestazioni;**
- di essere a conoscenza che **l'uso inappropriato della relativa autorizzazione comporterà la conseguente revoca della stessa per l'intero anno scolastico e l'irrogazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente da parte degli organi competenti;**
- di impegnarsi a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione degli stessi e di essere consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione comporta le responsabilità previste dalla normativa vigente;
- di essere consapevole che per il rilascio dell'autorizzazione in oggetto è obbligatorio fornire tutti i dati sopra segnati e che la mancata e/o incompleta compilazione comporta la nullità della presente richiesta.

LE DICHIARAZIONI DI CUI SOPRA SONO STATE RESE DOPO ESSERE STATO POSTO A CONOSCENZA DEGLI ARTT. 75 E 76 DEL D.P.R. 445/2000 INERENTE ALLA PERDITA DEL BENEFICIO E DELLE CONSEGUENZE PENALI PER DICHIARAZIONI MENDACI.

Informativa ai sensi del GDPR n. 2016/679

I dati personali riportati sul presente modulo saranno inseriti nella banca dati dell'Istituto Magistrale Statale "Regina Margherita" di Palermo, nel pieno rispetto di quanto stabilito dal GDPR N. 2016/679 sulla tutela dei dati personali. Presta consenso al trattamento dei propri dati, ai sensi del Regolamento UE, 679 del 2016 avendone ricevuta informativa.

Palermo, li _____

(firma)

⁽¹⁾ **N.B.:** Segnare con una X la voce corrispondente alla categoria di appartenenza (una delle due tra l'essere iscritto e il non essere iscritto ad un albo professionale).