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

*ATTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Oggetto: Autorizzazione all’esercizio della libera professione.*

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

*VISTA la richiesta del Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questo istituto, il Dirigente Scolastico, ai sensi dell’articolo 508 del Decreto L.vo n. 297/1994,*

***AUTORIZZA***

*il Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’esercizio della libera professione per l’ A.S. 2017/2018, in quanto tale esercizio non è in conflitto o in concorrenza con gli interessi all’ Amministrazione e con il buon andamento della stessa , non è di pregiudizio all’assolvimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente ed è compatibile con l’orario di insegnamento e di servizio.*

* *Responsabile del procedimento:*

|  |
| --- |
|  |

 La Dirigente Scolastica

**Dott.ssa Adriana Quattrocchi**