**ALLEGATO 2**

 Al Dirigente Scolastico

 Liceo Scientifico “G. Marconi”

 FOGGIA

Oggetto: Richiesta autorizzazione svolgimento attività didattica/docenza o altro incarico retribuito extra-istituzionale art. 53 D.lgs. n°165 del 30/03/01

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nato a …………………………………………………. il ……………………………. residente a ……………………………………………………

in via ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

in servizio con contratto a tempo indeterminato / tempo determinato, cl conc. …………………..……………………..,

**Chiede**

per l’a.s. 2017/18 l’**AUTORIZZAZIONE,** ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, allo svolgimento

* dell’attività didattica / docenza …………………………………………………………………………………………………….....

c/o ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* altro (specificare) ………………………………………………………………………………………….....................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

Note eventuali : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che l’autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l’esercizio della suddetta attività non sia di pregiudizio all’assolvimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente e sia compatibile con l’orario di insegnamento e di servizio e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall’art. 53 D. L.vo n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

Foggia, ………………………….. Firma …………………………………………...