

Al Dirigente Scolastico
I.T.S.C.T. "L. Einaudi"
P A D O V A

Il/la sottoscritt_____ docente
a Tempo Indeterminato Tempo Determinato per l'insegnamento
di _____ nelle classi _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

all' esercizio della LIBERA PROFESSIONE di _____
e dichiara che quanto richiesto non sarà di impedimento all'assolvimento di tutte le attività
inerenti alla funzione di docente né sarà incompatibile con l'orario di insegnamento e di
servizio.

In fede

Padova _____

Firma

VISTO si autorizza

 non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dr.ssa Albina Scala