**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

**MANGONE GRIMALDI**

**DI SCUOLA SECONDARIA PRIMO GRADO, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA DELL’ INFANZIA**

Via Provinciale snc 87050 Piano Lago Mangone (CS)

Tel. E Fax 0984/969171 E.Mail csic851003@istruzione .it

Al Dirigente Scolastico

 I.C. MANGONE GRIMALDI

Oggetto: Richiesta autorizzazione svolgimento attività didattica / docenza

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

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

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

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

**Chiede**

perl’a.s. 17/18 l’**AUTORIZZAZIONE,** ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, allo svolgimento

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

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

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

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

Si allega calendario impegni previsti.

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.

MANGONE, ………………………….. Firma …………………………………………...