

Sede centrale: Viale Don Bosco 31
Sede distaccata: Via Flaminia

pgis00200p@istruzione.it
pgis00200p@pec.istruzione.it

www.casimiri.edu.it
C.F. 92002340542

075/913263
CAP 06023

**Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione
e/o altre attività compatibili con l'attuale ruolo**

Al Dirigente Scolastico
I.S. R. CASIMIRI
GUALDO TADINO (PG)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
in servizio presso codesto Istituto in qualità di insegnante/Ata con
contratto a t.i. / t.d. di _____

☐ iscritto all'albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di _____
nella Provincia di _____
☐ (indicare altra attività da autorizzare) _____

CHIEDE

alla S.V. ai sensi delle vigenti disposizioni l'AUTORIZZAZIONE ad esercitare la seguente attività (libera
professione/altro) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 508 del Decreto L.vo 16/04/1994 n. 297, che tale
esercizio 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.

Il/la sottoscritto/a 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.

firma _____

Parte riservata all'Ufficio: Istituto di Istruzione Superiore "Raffaele Casimiri" Gualdo Tadino (PG)

prot. n. _____ del _____
Al Prof./ sig. _____

Oggetto: Autorizzazione Esercizio Libera Professione/altro _____

VISTA la suddetta richiesta, ai sensi dell' articolo 508 del Decreto L.vo 16/04/1994 n. 297, il Dirigente Scolastico

AUTORIZZA

LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' RICHIESTA, perché tale esercizio non è di pregiudizio all' assolvimento delle
attività inerenti la funzione docente ed è compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio. Tale autorizzazione verrà
immediatamente revocata qualora, per qualunque motivo, divenisse pregiudizievole ai doveri d'ufficio.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Renzo Menichetti



Sede centrale: Viale Don Bosco 31
Sede distaccata: Via Flaminia

pgis00200p@istruzione.it
pgis00200p@pec.istruzione.it

www.casimiri.edu.it
C.F. 92002340542

075/913263
CAP 06023

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)**

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole
che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che, inoltre, la falsa
dichiarazione comporta la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- di essere nato/a _____ Prov. () il _____
 - di essere residente in comune di _____ via _____ n. _____ cap _____
 - di essere domiciliato in _____ via _____ n. _____ cap _____
 - di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di _____
(per i residenti all'estero: se nati in Italia, indicare il Comune di nascita; se nati all'estero, precisare a quale titolo
siano cittadini italiani)
 - di godere dei diritti politici
 - di essere _____ indicare lo stato civile (libero, coniugato/a) con _____
 - che la propria famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone (escluso il dichiarante)
- | Cognome | Nome | Luogo di nascita | data di nascita | Rapporto di parentela |
|----------|-------|------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
- di essere in possesso del seguente titolo di studio (accesso) _____
rilasciato da _____ il _____ voto _____
 - di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
 - di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di
misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimento amministrativi iscritti nel casellario
giudiziario ai sensi della vigente normativa
 - di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
 - **telefono fisso n.** _____ **cellulare n.** _____
 - **email** _____ **@** _____ **PEC** _____ **@** _____
 - **DI ASSUMERE EFFETTIVAMENTE SERVIZIO** presso l' I.S. " R. Casimiri" di Gualdo Tadino (PG) in data
_____/_____/202__ per la C.C./profilo _____ ore settimanali _____ ,
- Completamento in altre Istituzioni Scolastiche: _____ classe concorso./ profilo _____
- Nell'a.s.2025/2026 ha prestato servizio presso: (indicare la scuola, il periodo di servizio, le ore di servizio e la qualifica o C.C.)

 - Di aver prestato n. _____ anni di servizio presso le istituzioni scolastiche statali (escluso anno in corso)
 - Autorizza _____ /non autorizza _____ l'amministrazione a sottoscrivere il contratto con la **firma FEA**

Gualdo Tadino, ____/____/202__

Firma del dichiarante

Parte riservata all'Ufficio: Istituto di Istruzione Secondaria Superiore "Raffaele Casimiri" Gualdo Tadino (PG)

Provvedimento di individuazione:

— USR per l'Umbria D.D. prot. _____ del _____ e/o GAE - GM- GPS Fascia _____ Posto n. _____ Punti _____
— D.S. da G.I. fascia _____ Posto n. _____ Punti _____

Si dichiara che il/la sig./ra _____

ha effettivamente assunto servizio in data ____/____/____

La presente dichiarazione è stata assunta a protocollo il ____/____/____ **al n.** _____

Il Dirigente Scolastico
Prof. Renzo Menichetti



Sede centrale: Viale Don Bosco 31
Sede distaccata: Via Flaminia

pgis00200p@istruzione.it
pgis00200p@pec.istruzione.it

www.casimiri.edu.it
C.F. 92002340542

075/913263
CAP 06023

DICHIARAZIONI

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto scuola, istituita con accordo tra l'ARAN e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001,

...I... sottoscritt... dichiara:

- ☐ di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero _ ha optato per il riscatto della posizione maturata
☐ di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero

Data __/__/____

Firma

Si rammenta che non è iscritto al fondo chi abbia chiesto il riscatto della posizione maturata alla scadenza del precedente contratto.

...I... sottoscritt... dichiara:

- ☐ di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D.L.vo n. 297/1994 o dall'art. 53 del D.L.vo n. 165/2001
ovvero

- ☐ di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro

Data __/__/____

Firma

...I... sottoscritt..., ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, autorizza l'Amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Data __/__/____

Firma

...I... sottoscritt... dichiara:

- ☐ di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

Data __/__/____

Firma

☐ di essere in possesso delle seguenti ☐ Abilitazioni e/o Specializzazioni per il sostegno :

- c.c. _____ conseguita presso _____ in data _____ voto _____
c.c. _____ conseguita presso _____ in data _____ voto _____
c.c. _____ conseguita presso _____ in data _____ voto _____

☐ di essere in possesso di ulteriori Lauree e/o titoli di studio oltre a quello che ha dato accesso all'insegnamento :

- _____ conseguita/o presso _____ in data _____ voto _____
_____ conseguita/o presso _____ in data _____ voto _____

☐ di aver diritto dei requisiti previsti dalla L. 104 del 05/02/1992 e successive modifiche e integrazioni:

- L. 104 personale ☐ sì ☐ no
L. 104 assistenza al familiare disabile ☐ sì ☐ no

☐ di aver partecipato ai seguenti corsi di formazione in materia di sicurezza:

- moduli base (ore 4) svolto presso _____ in data _____

Sede centrale: Viale Don Bosco 31
Sede distaccata: Via Flaminia

pgis00200p@istruzione.it
pgis00200p@pec.istruzione.it

www.casimiri.edu.it
C.F. 92002340542

075/913263
CAP 06023

moduli specifici (ore 8) svolto presso _____ in data _____
aggiornamento (ore 6) svolto presso _____ in data _____

☐ altra formazione (pronto soccorso, antincendio, intelligenza artificiale, etc.):

- a. _____ ore _____ svolto presso _____ in data _____
b. _____ ore _____ svolto presso _____ in data _____

☐ comunica la seguente modalità di pagamento per l'accredito degli emolumenti:

COORDINATE CONTO CORRENTE (IBAN)

ABI				CAB				Numero conto corrente											
Posta																			

☐ Altre comunicazioni:

☐ Dichiaro di aver preso visione di quanto segue:

- 1) Informativa inerente il trattamento dei dati personali, come previsto dall'art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)., pubblicata sul sito del ns. Istituto;
2) del codice di comportamento dei dipendenti pubblici indicato nel sito del ns. istituto e per ciò che attiene alla sicurezza della voce "organigramma" nello stesso sito;

☐ Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni in base al T.U. art. 76 - DPR n.445/2000 e art. 495 del C.P., dichiara che quanto sopra indicato è corrispondente a verità.

Gualdo Tadino __/__/202__

Firma del Dichiarante