



Liceo Statale
ALFANO I
Salerno

LINGUISTICO SCIENTIFICO SCIENZE UMANE MUSICALE COREUTICO
CENTRO RISORSE TERRITORIALE PER LE LINGUE

Via dei Mille 41 – 84132 Salerno Tel. 089/333147 – Fax 089/337114

C.F. 80021850658 – C. M. SAPM020007 - Sito web:www.alfano1.gov.it

SAPM020007@istruzione.it; elisabetta.barone2@istruzione.it; sapm020007@pec.istruzione.it

PROT _____ del _____

AL Dirigente Scolastico
LICEO ALFANO I-SALERNO

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI
EXTRAISTITUZIONALI RETRIBUITI AI SENSI DELL'ART. 53 D.LGS n. 165/2001**

Io Sottoscritta/o _____ qualifica _____ di
ruolo/ non di ruolo Presso questo Liceo

CHIEDO

l' autorizzazione allo svolgimento del seguente incarico extraistituzionale retribuito:

A tal fine indico:

- ❖ Denominazione esatta dell' Ente (Pubblico o privato) che conferisce l'incarico - indirizzo , telefono e Codice fiscale

-
- ❖ Compenso lordo previsto all'atto di conferimento dell'incarico (in relazione all'intera prestazione) / prestazione a titolo gratuito

-
- ❖ Luogo e data di svolgimento dell'incarico (indicare giorno e orario)-

In relazione alla presente richiesta sotto la mia responsabilità, consapevole delle conseguenze in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARO

- 1) che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro, senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Istituto;
- 2) che lo svolgimento dell'incarico non è effettuato nell' esercizio di libera professione, ma rientra nella prestazione occasionale
- 4) che l'incarico non nuoce allo svolgimento tempestivo, puntuale e corretto dei compiti d'ufficio
- 5) di essere a conoscenza che **l'ammontare del compenso percepito dovrà essere comunicato all'Amministrazione di appartenenza entro 15 gg.** dalla liquidazione dello stesso

Il sottoscritto si impegna in ogni caso a comunicare ogni variazione in merito all'attività da svolgere e all'esatto importo del compenso percepito

SALERNO _____

Firma _____