Allegato 2

Alla Dirigente scolastica
Istituto Comprensivo "Coverciano"
Firenze

OGGETTO: Richiesta autorizzazione allo svolgimento di altra attività – attività temporanea e occasionale (Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a_____ il_____
C.F._____, dipendente di questo istituto in qualità di _____,
con contratto □ a tempo indeterminato □ determinato
□ tempo pieno o parziale con prestazione lavorativa superiore al 50% dell'orario normale
□ tempo parziale con prestazione lavorativa pari o inferiore al 50% dell'orario normale (ore di servizio _____ su _____)

CHIEDE

di essere autorizzato allo svolgimento di ulteriore attività lavorativa.

Specifica che l'attività consiste in: **ATTIVITÀ PRESSO ALTRE STRUTTURE/AMMINISTRAZIONI**

L'attività, di carattere temporaneo e occasionale, consiste in _____ e sarà svolta presso la struttura/amministrazione_____ con sede legale_____
C.F._____P.IVA _____, per il periodo dal_____ al_____.

A tal fine il sottoscritto dichiara:

- □ che il compenso previsto è di euro_____;
- □ che l'incarico non è incompatibile con alcuna delle funzioni svolte in qualità di pubblico dipendente;
- □ che è consapevole delle responsabilità personali che possono essere determinate dalla non veridicità delle dichiarazioni rese;
- □ che l'attività da svolgere non è in conflitto o in concorrenza con gli interessi dell'Amministrazione e con il buon andamento della stessa;
- □ che l'attività da svolgere non è in conflitto con gli orari di servizio in quanto verrà svolta al di fuori dei medesimi;
- □ 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;
- □ di essere a conoscenza che l'ammontare del compenso percepito dovrà essere comunicato all'Amministrazione di appartenenza entro 15 gg. dalla liquidazione dello stesso.

Luogo e data_____

IL DIPENDENTE
_____

Si allega copia di documento di identità.

Parte riservata all'Amministrazione

VISTA la richiesta del/la Sig./Sig.ra _____
in servizio presso questo Istituto,
ai sensi dell'art. 508 del D. Lgs. 297/1994,

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

☐ AUTORIZZA
☐ NON AUTORIZZA
lo svolgimento della libera professione sopra descritta, ritenendola ☐ compatibile / ☐ non compatibile con le attività d'ufficio e l'orario di servizio.
Data: _____

Firma della Dirigente Scolastica: _____