

Prot. n. _____/____/____ del ____/____/____

**MODULO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE
ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI EXTRAISTITUZIONALI**

art. 53 del D. Lgs 165/2001 e art. 24 del CCNL AFAM 2005

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. (____) il _____ Codice fiscale _____

docente in servizio presso il Conservatorio Statale "Giuseppe Verdi" con contratto a tempo:

☐ indeterminato

☐ determinato

CHIEDE

ai sensi della vigente normativa sulle autorizzazioni agli incarichi extraistituzionali, di cui all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e all'art. 24 del CCNL AFAM 2005, l'autorizzazione a svolgere il seguente incarico:

Denominazione dell'Ente/Azienda:	
Indirizzo:	
Codice fiscale o Partita IVA dell'Ente/Azienda:	
Natura e Descrizione dell'incarico:	
Data inizio incarico:	
Data fine incarico:	
Compenso presunto lordo (€):	

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

- ☐ che l'oggetto dell'attività richiesta è svolta con contratto di lavoro autonomo, è compatibile con l'orario di servizio e con il pieno adempimento degli obblighi professionali presso l'Istituzione AFAM di appartenenza;
- ☐ che l'oggetto dell'attività richiesta non presenta conflitti, neanche potenziali, d'interesse, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente ed il buon andamento dell'istituzione del dipendente medesimo;
- ☐ Non necessita di apposito permesso artistico;
- ☐ Necessita di permesso artistico che chiede per i giorni _____ (nei limiti di 10 giorni per l'A.A. _____ compatibilmente con le attività programmate dall'Istituzione di appartenenza e senza riduzione dell'impegno orario di servizio definito dal contratto collettivo nazionale di lavoro di comparto art. 4, comma 74, L. 12/11/2011, n. 183).

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente l'effettiva percezione del compenso ricevuto, tramite l'inoltro di copia della ricevuta di pagamento, ai fini dei prescritti adempimenti all'anagrafe delle prestazioni.

Si allega:

- **Copia della proposta di contratto dell'ente.**

Firma del Docente

Data ____/____/____

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

☐ Autorizza

☐ Non Autorizza

Data ____/____/____

Il Commissario Ministeriale
Prof. Ludovico Bramanti