

Prot. n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

art. 53 del D. Lgs 165/2001 e L. 6 novembre 2012 n. 190

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

docente in servizio presso l'Istituto Superiore di Studi Musicali "G. Verdi" con contratto a tempo:

indeterminato                       determinato

### CHIEDE

ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e dalla L. 6 novembre 2012 n. 190 il rilascio dell'autorizzazione a svolgere il seguente incarico extraistituzionale, presso:

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

A riguardo si dichiara che l'esercizio di detta attività non andrà in alcun modo a limitare l'integrale assolvimento di tutti i doveri connessi alla funzione docente e che la medesima non risulterà comunque incompatibile con l'orario di servizio, oltre che con gli obblighi previsti.

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'attività richiesta:

- 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 64, 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.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Docente

\_\_\_\_\_

### SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

**Autorizza**                       **Non Autorizza**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Direttore  
 Prof.ssa Anna Maria Storace

\_\_\_\_\_