

# Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Circolare n. 17

Cagliari 10 settembre 2024

Docenti

DSGA - personale ATA

sito web

**Oggetto: Autorizzazione all'esercizio di libera professione o altra attività - Personale Docente**

- Visto il DPR 26 aprile 1992 n. 300
- Visto l'art. 508 del D.lgs. 16 aprile 1994 n. 297
- Vista la Nota ministeriale n. 1584 del 29 luglio 2005

Si ricorda a tutto il personale docente che l'esercizio della libera professione deve essere richiesto annualmente e preventivamente autorizzato dal Dirigente Scolastico.

L'autorizzazione va richiesta anche nel caso di attività non abituali, contratti di prestazione d'opera occasionale o consulenze, che non si configurino come rapporto subordinato.

Affinché il personale docente a tempo pieno possa svolgere la libera professione o accettare incarichi esterni di collaborazione, devono ricorrere le seguenti condizioni:

- l'attività non deve essere di pregiudizio all'assolvimento dei compiti inerenti la funzione docente;
- deve essere compatibile con l'orario di servizio (ore d'insegnamento e attività funzionali all'insegnamento);
- la professione deve essere coerente con l'insegnamento impartito;
- l'attività deve essere svolta previa autorizzazione del Dirigente scolastico.

Lo svolgimento dell'attività di avvocato, disciplinata da specifiche disposizione di legge, è compatibile solo con le cattedre d'insegnamento di materie giuridiche.

In caso di rapporto di lavoro Part-time, vige una disciplina meno ristretta, in termini di esercizio di attività, anche di carattere commerciale, fermo restando l'obbligo di comunicazione al D.S..

Il personale interessato è invitato a presentare la richiesta, presso la Segreteria, utilizzando l'apposito modulo allegato, tenendo conto dei tempi tecnici per il vaglio delle domande ed il rilascio dell'autorizzazione.

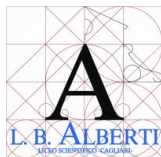
Si ricorda che l'esercizio di attività professionali, senza la prescritta autorizzazione, costituisce illecito, con possibili conseguenze sul rapporto d'impiego



Il Dirigente Scolastico

**Prof. Roberto Bernardini**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c. 2, D. Lgs n. 39/1993



# Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325  
 Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847  
 Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678  
 Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it  
 Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico  
"L.B. Alberti" - CAGLIARI

## Richiesta autorizzazione a svolgere altra attività.

Il/la sottoscritt... ..

In servizio presso questo istituto in qualità di docente con contratto di lavoro:

<input type="checkbox"/> A tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> A tempo determinato
Full time	Full time
Part-time al .....%	Part-time al ....%

### CHIEDE

l'autorizzazione per lo svolgimento nell'anno scolastico in corso della seguente attività:

- Docente/Formatore per attività di aggiornamento, convegni o seminari
- Collaborazioni a giornali, enciclopedie e simili .....
- Utilizzazione economica da parte dell'autore/inventore di opere dell'ingegno o di invenzioni industriali
- Altro specificare .....

Periodo di svolgimento dal..... al .....per complessivi giorni ..... ore .....

L'attività verrà svolta a favore di

Sede legale.....

Codice fiscale/Partita I.V.A. ....

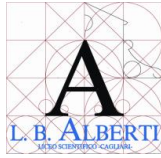
- L'attività in questione prevede un compenso lordo pari a € .....  L'attività prevede il solo rimborso di spese documentate

Il/la sottoscritt\_ si impegna a comunicare eventuali variazioni in merito all'attività da svolgere ed al relativo compenso.

### IL/LA SOTTOSCRITT\_ DICHIARA

Che l'incarico relativo all'attività da svolgere

- è di carattere temporaneo e occasionale, per il medesimo verrà emessa dichiarazione
- è di carattere continuativo (Co. Co. Co.) per un totale di ore ..... settimanali



## Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Il/la sottoscritt\_ dichiara di essere a conoscenza del Decreto ministeriale 525 del 30 giugno 2014 che, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 53 D.lgs. n. 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi, integra e specifica il codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n.62/2013, ed in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio dell'attività richiesta non sia di pregiudizio all'assolvimento di tutte le attività inerenti la funzione di docente e sia compatibile con l'orario di insegnamento e di competenza e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto. Si allega copia del contratto

Cagliari lì, .....

In fede. ....

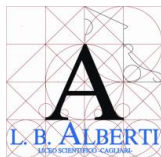
Riservato all'ufficio

Si autorizza

Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico

**Prof. Roberto Bernardini**



# Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325  
 Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847  
 Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678  
 Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it  
 Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico  
"L.B. Alberti" - CAGLIARI

## Richiesta autorizzazione esercizio libera professione

Il/la sottoscritt... ..

In servizio presso questo istituto in qualità di docente con contratto di lavoro:

<input type="checkbox"/> A tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> A tempo determinato
Full time	Full time
Part-time al .....%	Part-time al .....%

iscritto all'albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di  
 ..... nella Provincia di .....

### CHIEDE

alla S.V. ai sensi delle vigenti disposizioni l'AUTORIZZAZIONE ad esercitare la libera professione di:

.....

Il sottoscritto 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 sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 del D.lgs. n.165/2001 in merito a incompatibilità e cumulo di impieghi e incarichi.

Cagliari lì, .....

In fede. ....

Riservato all'ufficio

- Si autorizza  
 Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico  
**Prof. Roberto Bernardini**