

Modulo richiesta Autorizzazione Incarico

Assunta al protocollo:

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "RUFFINI AICARDI"
Sede

Oggetto: richiesta Autorizzazione per il seguente Incarico _____

Il/la sottoscritto/a docente _____

nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____

residente in _____ (____), via _____ numero _____

docente a tempo determinato indeterminato presso questo Istituto per la disciplina/e
_____ classe di concorso _____ ,

in servizio al plesso _____

CHIEDE

per l'anno scolastico in corso (____ / ____) l'autorizzazione al conferimento di incarichi retribuiti da parte di altri soggetti pubblici e privati. Nello specifico dettaglia le seguenti informazioni:

Denominazione	
Codice fiscale	
Sede / Unità Operativa	
Tipologia soggetto conferente	
recapito mail	
recapito telefonico	
Oggetto dell'incarico <i>Docenze / altro (specificare)</i>	
Tipo Compenso (lordo) previsto o presunto e importo	
Incarico conferito in applicazione di una specifica norma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riferimento normativo per il conferimento dell'incarico	
Data inizio incarico	
Data fine incarico	

Ragioni a motivo del conferimento	
-----------------------------------	--

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che detta attività non entra in conflitto con gli interessi dell'amministrazione e con il principio del buon andamento della pubblica amministrazione e che l'incarico retribuito per il quale si richiede autorizzazione presenta carattere contingente ed eccezionale e non comporta alcun rapporto di subordinazione o inserimento stabile nell'organizzazione conferente. Tale prestazione sarà svolta in assenza di contrasto e conflitti di interessi anche potenziali con le attività istituzionali, in orari diversi da quelli di servizio e non interagirà con i compiti e i doveri di ufficio del dipendente.

Luogo e data, _____

Firma del docente richiedente _____

Autorizzazione

Si concede

Non si concede

Motivo del diniego _____

Il Dirigente Scolastico
