



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo via N.M. NICOLAI
SEDE CENTRALE: Via Nicola Maria Nicolai, 85 – 00156 Roma
06.41220371 -06.4102614-Distretto 13°
C.M.: RMIC8ER00B E-Mail: rmic8er00b@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Paolo Lozzi

**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)**

La/il sottoscritto/a _____ nata/o 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 l'incarico sarà: retribuito a titolo gratuito / Compenso lordo previsto/presunto € _____;
- 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;

Luogo e data.....

IL DIPENDENTE

Allega copia di documento di identità.