

 **ALLEGATO E**

 AL Dirigente Scolastico / Ente

…………………………

*Oggetto: Richiesta Autorizzazione allo svolgimento di incarico Collaborazione Plurima Esperto Collaudatore presso I.C. G. Leva Travedona Monate (VA)*

Il/La sottoscritt\_

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| Codice fiscale |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Sede di servizio |  |
| Qualifica |  |

**chiede**

di essere autorizzat.. a svolgere l'incarico di collaborazione plurima che verrà conferito dalla Dirigente Scolastica dell'I.C. G.Leva di Travedona Monate (VA) per la seguente tipologia di prestazione:

Incarico di Esperto Collaudatore per il Progetto M4C1I3.2-2022-961-P-23458

Il/la sottoscritto/a fornirà copia dell'atto formale di affidamento dell'incarico medesimo.

L'esercizio del predetto incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio e non interferirà con gli obblighi ordinari di servizio.

Il sottoscritto si impegna ad adoperarsi per rendere possibile a codesto Ufficio la conoscenza di ogni notizia utile per gli adempimenti connessi all'Anagrafe delle prestazioni.

Data ................................

(firma) ..................................... .