

Visita/Viaggio a: _____

Al Dirigente Scolastico
I.S.I.S.S. "GALILEI-BOCCHIALINI"
sede:

I sottoscritti **docenti accompagnatori**: **1) Docente organizzatore** _____ ;
2) _____ ; **3)** _____ ; **4)** _____ ;
5) Doc. di sostegno _____ della classe _____
6) Doc. di riserva _____ ; **7) Doc. di riserva** _____ ;
(Personale aggiuntivo: Supporto A.T.A.: **8)** _____ ; **9)** _____ ;
10) Educatore: _____ della classe _____ del quale, si allega a parte, anche comunicazione orario)
con riferimento in materia per il corrente anno scolastico dei Consigli di Classe interessati,

CHIEDONO

l'autorizzazione ad effettuare una: _____ secondo le seguenti modalità:

- Durata: _____ Data _____
(gg/mm/aaaa)
- Classi: _____ partecipanti n. _____ (minimo 2/3) su totale di n. _____
Alunni DA nome _____ (specificare eventuali necessità _____)
- Programma: _____
- Partenza alle ore _____ da Via/P.zza _____ Istituto sede _____
hh:mm
- Rientro alle ore _____ stesso indirizzo altro _____
hh:mm
- Motivazioni didattico-educative della visita: _____

DICHIARANO

- di raccogliere le autorizzazioni degli alunni firmate dai genitori (o da chi ne fa le veci legali) prima della partenza (solo per uscite di tutto il giorno);
- **il proprio impegno a partecipare alla visita suddetta in qualità di accompagnatori con la piena assunzione dell'obbligo della vigilanza.** (artt. 2047 e 2048 Codice Civile, nonché art.61 L.1/07/1980 n.312)

Quota a carico alunno: € _____ (€€,cc)

Mezzo di trasporto: _____

Solo per richiesta pullman Istituto: Km A/R totali _____

Consegnare in segreteria l'elenco nominativo degli alunni partecipanti

***Firma per dichiarazione di assunzione di responsabilità per ogni docente partecipante:**

Data _____
gg/mm/aaaa

1) _____	5) _____
2) _____	6) _____
3) _____	7) _____
4) _____	

(parte riservata all'amministrazione)

Prot. n° _____ /C _____ del _____
gg/mm/aaaa

VISTO: **SI AUTORIZZA** **NON SI AUTORIZZA**

Il Dirigente Scolastico
Anna Rita Sicuri