Ministero dell'Istruzione e del Merito

I.C.S. di SELVAZZANO DENTRO II

Via Cesarotti 1/a – 35030 - SELVAZZANO DENTRO (PD)
Tel. 049/638633 - e-mail: PDIC89800Q@istruzione.it - PDIC89800Q@pec.istruzione.it
C.F. 92249620284 – Codice M.I.M PDIC89800Q www.icselvazzano2.edu.it

Al DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo Statale
SELVAZZANO DENTRO

Il/I Sottoscritto/i

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Docenti della/e classe/i		del plesso	

CHIEDE/CHIEDONO

l'autorizzazione ad effettuare la visita di istruzione sotto specificata, compresa nel piano annuale delle attività didattiche approvato dagli Organi Collegiali della Scuola, impegnandosi ad ottenere in tempo utile le prescritte autorizzazioni dai genitori, ad osservare nell'organizzazione e nell'espletamento della visita le norme vigenti in materia di vigilanza degli alunni, ad osservare l'orario di partenza e rientro indicati.

PROGRAMMA

Destinazione/località da visitare			
Giorno della settimana		Data	
Partenza da scuola ore		Rientro a scuola ore	
Alunni partecipanti n.		n. certificazioni per classe	
N. insegnanti accompagnatori		n. genitori accompagnatori	

Mezzo di trasporto utilizzato

☐ Nessuno – uscita a piedi	☐ Pullman a noleggio		☐ Pullman gratuito
☐ mezzi di linea ▶	O Sita	O APS	O altro
☐ altro (specificare) ▶			

Motivazione, preparazione, sviluppo e finalità didattiche della visita

Docenti di classe ed accompagnatori incluse le riserve

Docente	Orario di servizio previsto	Accompagntore (SI/NO)*

*le riserve indicheranno NO nella voce accompagnatore, sapendo che si rendono disponibili ad accompagnare la classe nel caso in cui uno dei docenti dovesse essere assente.

Altri accompagnatori previsti (nominativi)

Assistente/i ASL	
Genitori	
Collaboratori scolastici	

Ulteriori informazioni:

☐ Si richiede n. _____ copie elenco alunni per ingresso a musei e/o altro.

Data_____ Firma insegnanti accompagnatori

_____
_____
_____
_____
_____
_____

……

Riservato alla Direzione dell'Istituto Comprensivo

VISTO ☐ **si autorizza la visita richiesta**

☐ **non si autorizza la visita richiesta per i seguenti motivi:**

_____
_____
_____
_____

Il Dirigente Scolastico
Avv. Giuseppe Sozzo
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs 39/1993