|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO ROVIGO 1**  Via della Costituzione, 6 - 45100 ROVIGO –  Tel. 0425/30600 Fax 0425/30726  Codice Fiscale 93027540298 - Cod. Mecc. ROIC82000Q -  e-mail: roic82000q@istruzione.it - Sito web: www.icrovigo1.edu.it  PEC 1: roic82000q@pec.istruzione.it |  |

Rovigo,

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo ROVIGO 1

I sottoscritti insegnanti “Accompagnatori” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDONO

L’AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE: □ UNA VISITA GUIDATA □ UN VIAGGIO DI ISTRUZIONE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Meta: |  | | | |
| Data: | ora partenza …………. ora rientro …………. | | | |
| Alunni Partecipanti: | n. ……………. di cui con disabilità …………………………………………… | | | |
| Mezzo trasporto: | □ piedi □ pullmino □ pullman □ altro ………………………………. | | | |
| Ingresso musei: |  | | | |
| Servizio guide: |  | | | |
| Discipline interessate: |  | | | |
| Programma visita: | ……………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| Obiettivi e motivazioni: | ……………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| I sottoscritti insegnanti dichiarano: | | 1. Di assumersi l’obbligo di vigilanza sugli alunni per tutto il periodo di svolgimento della visita o del viaggio; 2. Che per tutti gli alunni partecipanti verrà acquisita l’autorizzazione scritta da parte di un genitore. | | |
| **PRESENZA ALUNNO CON FARMACO SALVAVITA**: (Cognome e Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **DOCENTE RESPONSABILE (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| Si informa che sarà necessario provvedere a variazioni di orario in altre classi secondo quanto di seguito specificato: | | | | |
| FIRME INSEGNANTI ACCOMPAGNATORI | | | | |
| ………………………………….. | | | …………………………………… | ……………………………………. |
| ………………………………….. | | | ……………………………………. | ……………………………………. |

VISTO: SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Rovigo…………………. Prof. Marco Campini