|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO ROVIGO 1**Via della Costituzione, 6 - 45100 ROVIGO – Tel. 0425/30600 Fax 0425/30726Codice 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