**DA PRESENTARE COMPILATO IN SEGRETERIA**

Il Consiglio delle Classi/modulo ………………….della……………………….…(primaria/secondaria) di………………….… avendo deliberato il piano delle visite di istruzione per il corrente anno scolastico nella riunione del ………………………… secondo le procedure di legge, chiede l’autorizzazione ad effettuare

□ VIAGGIO DI ISTRUZIONE □ USCITA DIDATTICA

**META:** …………………………………

Nel programmare l’iniziativa, il Consiglio di Classe/modulo ha tenuto conto dei criteri generali stabiliti dal Consiglio di Istituto e degli orientamenti programmatici relativi alla classe, approvati in sede di piano di lavoro annuale.

**CARATTERISTICHE** del viaggio di istruzione**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Motivazione didattica: |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

DATA ,ORA E LUOGO DI PARTENZA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DATA, ORA E LUOGO DI RIENTRO **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ITINERARIO** del viaggio, comprensivo dei luoghi da visitare ed eventuali servizi aggiuntivi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Luoghi (quali città, monumenti, musei, laboratori etc…)** | **Richiesta guide indicare SI/NO** | **Eventuali biglietti indicare**  **SI/NO** | **Eventuali**  **gratuità** | **ASSICURAZIONE SI/NO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### \* Per le eventuali attività laboratoriali o gli ingressi a pagamento il referente delle uscite didattiche deve appurare che venga rilasciata fattura elettronica con split payment (scissione iva); se il pagamento dovrà essere effettuato in anticipo dovrà essere esplicitamente chiarito.

### TRASPORTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEZZO | ORARIO DI PARTENZA | ORARIO DI RIENTRO |
| □ PULLMAN  □ TRENO  □ altro (specificare) ……………………………………… |  |  |

### INFORMAZIONI ALUNNI

|  |
| --- |
| NUMERO TOTALE ALUNNI PARTECIPANTI : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° totale ALUNNI  CLASSE ……. Sez…… |  | MASCHI partecipanti |  |
| PARTECIPANTI |  |
| NON PARTECIPANTI |  | FEMMINE partecipanti |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° totale ALUNNI  CLASSE ……. Sez…… |  | MASCHI partecipanti |  |
| PARTECIPANTI |  |
| NON PARTECIPANTI |  | FEMMINE partecipanti |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° totale ALUNNI  CLASSE ……. Sez…… |  | MASCHI partecipanti |  |
| PARTECIPANTI |  |
| NON PARTECIPANTI |  | FEMMINE partecipanti |  |

## NOMINATIVI ALUNNI NON PARTECIPANTI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Classe …. | Classe …. | Classe …. |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

**COMUNIZAZIONE INTOLLERANZE ALIMENTARI ED ALLERGIE**

**(da compilare solo per viaggi di istruzione con pernottamento)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **CLASSE** | **INTOLLERANZE e/o ALLERGIE** | **PARTICOLARI ACCORGIMENTI** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IMPEGNO A PARTECIPARE E ASSUNZIONE OBBLIGO VIGILANZA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOMINATIVO | CLASSE | FIRMA |
| I DOCENTI ACCOMPAGNATORI |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| I DOCENTI SUPPLENTI |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Al termine della visita di istruzione i docenti segnaleranno in Segreteria eventuali disguidi.

Osio Sopra ………………… Il COORDINATORE DI CLASSE

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

IL DIRIGENTE SCOLASTCO

Prof.ssa Mercurio Valentina

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