|  |
| --- |
| **C.M. SAPM05301G – Liceo linguistico – Liceo delle scienze umane – Liceo delle scienze umane opzione economico sociale – Liceo musicale** Largo G. C. Capaccio,5 - Tel. 0828.46002 – 0828.46049 – Fax 0828.46228  **C.M. SARM053017 – Istituto Professionale per l’Industria e l’Artigianato “Arredi e forniture di interni”**  **Istituto Professionale Servizi per l’Agricoltura e lo sviluppo Rurale opzione “Gestione risorse forestali e montane”** Via San Vito Superiore,1 - Tel. 082846664 Fax 0828.479819  **www.teresaconfalonieri.edu.it - e-mail SAIS053004@istruzione.it pec SAIS053004@pec.istruzione.it -84022 CAMPAGNA (SA)**  C. F. 91050660652 - C.M. SAIS053004 – Codice Univoco Ufficio UF7SG1 – Nome Ufficio Uff E Fattura PA  ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  TERESA CONFALONIERI |

*VISITA GUIDATA DI UN GIORNO*

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’I. I. S.. “T. CONFALONIERI” CAMPAGNA**

*\_\_* l \_\_ sottoscritt \_\_ Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in nome de\_\_ Consigli\_\_ di Classe sotto indicate

***C H I E D O N O / CHIEDE***

l’autorizzazione ad effettuare una visita guidata di istruzione secondo quanto di seguito indicato:

data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora di partenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora di rientro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

itinerario e programma di visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***TIPOLOGIA DELLA VISITA O DEL VIAGGIO***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *a* | *Integrazione culturale generale* | *d* | *Altro* |
| *b* | *Studio/conoscenza di tematiche naturalistiche - Ambientali* | *e* | *L’ iniziativa si raccorda con la programmazione annuale? SI – NO* |
| *c* | *Attività sportive* | *f* | *È stato consultato il comitato studentesco? SI – NO* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CLASSE | ALLIEVI PARTECIPANTI | ALLIEVI NON PARTECIPANTI | TOT. CLASSE | DOCENTI ACCOMPAGNATORI | Firma per assunzione impegno e responsabilità di vigilanza secondo la norma vigente |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| TOTALE |  |  |  |  |  |

Capogruppo Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presenterà la relazione sull’andamento del viaggio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( firma )

Si rende necessario/non si rende necessario provvedere a variazioni di orario in altre classi: *SI – NO*

Sia allegano alla presente:

1) Dichiarazione di consenso di tutti i genitori ed elenchi degli alunni partecipanti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Docente referente del Comitato Gite/Viaggi Il Docente organizzatore

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

VISTO: SI AUTORIZZA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Gianpiero Cerone