Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Farra di Soligo

Oggetto: **VISITA GUIDATA CON L'UTILIZZO DI MEZZI DI TRASPORTO - PROGRAMMA ANALITICO**

I sottoscritti docenti della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria 1° gr. di _____ classi/sezioni_____ in riferimento all'oggetto comunicano che effettueranno, in orario scolastico, un'uscita didattica come sotto specificato. A tal fine

DICHIARANO:

la seguente visita guidata ha ottenuto l'approvazione nel Collegio Docenti del .....

la seguente visita guidata ha ottenuto l'approvazione nel Consiglio d'Istituto del .....

DATA DELLA VISITA: _____

META DELLA VISITA: _____

CLASSI/SEZIONI INTERESSATE: _____

DELLA SCUOLA: _____

N° ALUNNI ISCRITTI A CIASCUNA CLASSE:

Classe	**N° Alunni**	**di cui N° Alunni H**
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

PER UN TOTALE ALUNNI.....

N° TOT. DOCENTI ACCOMPAGNATORI .....

Nominativi Docenti Accompagnatori:	**INS. SOSTEGNO**
1)	( )
2)	( )
3)	( )
4)	( )

DOCENTE/I ORGANIZZATORE/I DELL'INIZIATIVA:

Cognome e Nome	*Qualifica (segret., presid. classe/interclasse)*
.....	.....
.....	.....

PARTENZA DALLA SCUOLA ALLE ORE _____ **RIENTRO A SCUOLA ALLE ORE**_____

PROGRAMMA ANALITICO DELLA VISITA *(percorsi di andata e ritorno, orari, soste, visite, ecc.....):*

.....

.....

MOTIVAZIONI DIDATTICHE:.....

.....

MEZZO DI TRASPORTO che si intende utilizzare: ❑ **TRENO** / ❑ **SCUOLABUS** / ❑ **PULLMAN**

SPESA TOTALE : **€** ..... **di cui:**

(accertata o preventivata) **€** ..... biglietto ferroviario/ mezzo di trasporto

€ ..... ingresso musei, parchi, e.t.c.

Quota a carico di ciascun alunno: € .....

Data .....

Firme Docenti
Accompagnatori:

_____

_____

_____

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO di FARRA DI SOLIGO
Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di 1°grado
Via Brigata Mazzini, 72 - 31010 COL SAN MARTINO (TV)
Telefono 0438/898145 – Fax 0438/898141
www.icfarra.edu.it
E-MAIL: tvic84300n@istruzione.it – TVIC84300N@pec.istruzione.it
Cod. Fisc. n° 83006030262

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Farra di Soligo

Oggetto: DICHIARAZIONE CUMULATIVA DOCENTI RELATIVA A VISITA D'ISTRUZIONE

I sottoscritti.....
.....,
a conoscenza del regolamento gite approvate dal Consiglio di Istituto, presa visione del programma analitico relativo alla visita guidata riguardante la/le class.....della scuola .....
di .....da effettuarsi il giorno .....in località .....,

DICHIARANO

di assumersi l'obbligo della vigilanza degli alunni durante tutte le fasi dell'effettuazione della visita guidata di cui sopra, in qualità di docenti accompagnatori (art.8.1. C.M.291/92 - artt.2047 e 2048 Codice Civile, nonché all'art.61 della L.n.3121°luglio 1980).
Dichiarano inoltre: di aver adottato ogni necessaria cautela in ordine alla sicurezza e alla tutela degli alunni; di aver comunicato l'effettuazione per scritto a tutti i genitori degli alunni partecipanti alla suddetta visita l'effettuazione e di averne regolare autorizzazione scritta.

Data.....

Firma Docenti Accompagnatori *(leggibile)*

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ISTITUTO COMPRENSIVO di FARRA DI SOLIGO
Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di 1° grado
Via Brigata Mazzini, 72 - 31010 COL SAN MARTINO (TV)

VISTE la documentazione presentata e il rispetto delle disposizioni in materia, SI AUTORIZZA.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Tiziana Mussato

_____