Modello B **dal 20.9.23**

Infanzia  P “L.Milani” Farra P “G.Ancillotto” Soligo P “G.Rodari” Col S. Martino Secondaria

CONSEGNARE **NON MENO DI 30 GIORNI PRIMA** DELL’USCITA DIDATTICA. COMPILARE CON CONTENUTI IDENTICI A QUELLI INSERITI NEL MODELLO A

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo di Farra di Soligo

Oggetto: richiesta di autorizzazione uscita didattica.

I sottoscritti insegnanti

\_

consapevoli che **non sono ammesse** mete-siti per i quali non sia producibile fattura elettronica o per i quali sia necessario un pagamento anticipato, chiedono l’autorizzazione ad effettuare l’uscita di seguito descritta.

DATA CLASSE/I \_ META DELLA VISITA PARTENZA DA SCUOLA ORE RIENTRO A SCUOLA ORE

**□** CONFERMARE DA PARTE DELLA SEGRETERIA AL NUMERO TELEFONICO

ITINERARIO DELL’USCITA, TIPOLOGIA E VISITE.

\_

\_

\_

\_ FINALITÀ DELL’USCITA E DISCIPLINE INTERESSATE.

\_

\_

\_

\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *alunni* | | | *costo laboratori* | |
| *classe* | *partecipanti* | *di cui disabili* | *pro capite €* | *complessivo €* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |

**□** AUTOBUS DI LINEA **** AUTOBUS CON DITTA **** TRENO **** A PIEDI **** SCUOLABUS COMUNALE

COSTO TRASPORTO EURO (IVA COMPRESA)

L’uscita è stata deliberata dal Consiglio di Intersezione Interclasse classe? Sì **** No ****

È stata acquisita l’autorizzazione da parte di tutti i genitori dei partecipanti? Sì **** No ****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASSUNZIONE IMPEGNO DI VIGILANZA: INSEGNANTI RICHIEDENTI E ACCOMPAGNATORI  **NON INSERIRE QUI**  **L’EVENTUALE DOCENTE SOSTEGNO/ACCOMPAGNATORE ALUNNA/O CON DISABILITÀ** | | |
|  | *Cognome nome* | *firma* |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ASSUNZIONE IMPEGNO DI VIGILANZA: INSEGNANTE RISERVA **OBBLIGATORIA** | |
| *cognome e nome* | *firma* |

|  |  |
| --- | --- |
| ASSUNZIONE IMPEGNO DI VIGILANZA: **INSERIRE SOLO QUI** **EVENTUALE DOCENTE SOSTEGNO/ACCOMPAGNATORE ALUNNA/O CON DISABILITÀ** | |
| *cognome e nome* | *firma* |
| DISABILITÀ. Alunni partecipanti con disabilità ed **eventuali** richieste speciali.  Gravità? Sì **** No ****  Eventuale necessità di:   1. rapporto insegnante/alunno 1/1 Sì **** No **** 2. uso sedia a rotelle Sì **** No **** 3. autobus provvisto di pedana Sì **** No **** 4. presenza dell’addetta all’assistenza Sì **** No **** | |

A CURA DEI DOCENTI E DELL’UFFICIO INCARICATO, IL PRESENTE MODELLO VA CORREDATO DI

**TUTTE** LE AUTORIZZAZIONI DEI GENITORI DEGLI ALUNNI PARTECIPANTI.

Farra di Soligo,

|  |  |
| --- | --- |
| INSEGNANTE CHE PRESENTA MODELLO B | |
| *cognome e nome* | *firma* |

A cura dell’ufficio

* Richiesta completa **** Richiesta incompleta perché \_\_\_ \_ \_\_\_ \_\_\_ \_

Firma del responsabile del procedimento:

* VISTO SI AUTORIZZA

l’effettuazione dell’uscita descritta nel presente modello

* VISTO NON SI AUTORIZZA

Per incompletezza dei dati richiesti nel presente modello

Il Dirigente scolastico reggente Stefano Ambrosi