



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Statale Como Albate
piazza IV Novembre, 1 – 22100 Como
Tel. 031 524656 Fax 031 505110
sito web: www.icscómoalbate.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

Il/La sottoscritto/a genitore dell'alunno
 che frequenta la classe
del plesso

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a a recarsi con i docenti presso

il giorno per .

La partenza è prevista da per le ore circa, il rientro è
previsto per le ore circa. Il costo dell'uscita è pari a €,
comprensivo di .

Sono consapevole che l'uscita comporta obbligatorietà di partecipazione e che la cifra versata non potrà essere rimborsata in caso di assenza di mio/a figlio/a il giorno dell'uscita. Sono consapevole del fatto che il calcolo economico è stato effettuato sull'ipotesi di adesione di tutti gli alunni coinvolti nell'uscita didattica e che la quota indicata aumenterà in caso di adesione parziale della scolaresca.

Como,

Firma _____