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.icscomoalbate.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
COMO ALBATE

Con la presente si chiede l'autorizzazione per la seguente visita d'istruzione:

Scuola _____ Classe _____ N° Alunni _____

La visita si effettua insieme alla classe _____

Data della visita _____ Località terminale _____

Località intermedie/Percorso _____

Mezzo di trasporto _____

Orario di partenza _____ Orario Previsto per il ritorno _____

La visita interessa il seguente aspetto dell'attività didattica

Docenti responsabili _____

Altri accompagnatori: docenti _____

Personale ausiliario _____

Costo complessivo della visita _____

Con utilizzo fondi: ○ Consiglio d'Istituto ○ Comune ○ Altri _____

Si allegano alla presente:

1. elenco nominativo, per classe, degli alunni partecipanti;
2. dichiarazioni individuali di consenso delle famiglie.

Como, lì

Insegnati di classe

_____

_____

_____

_____

_____

Insegnante supplente

_____

Insegnante responsabile della visita

_____

Esaminata la presente domanda e i documenti allegati, nulla osta all'effettuazione della visita, purché avvenga del rispetto delle norme stabilite dal regolamento del Consiglio di Istituto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Lucia Chiara Vitale