MOD.1

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "VIA DELLE ALZAVOLE"

Oggetto: **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VISITA GUIDATA**

Scuola dell'Infanzia BACHELET / POZZI / VOLPICELLI sez._____

Primaria BACHELET / GALILEI / POZZI / VOLPICELLI classe/i sez. _____
Scuola Secondaria di I Grado classe/i sez. _____
BELON/FRINGUELLO/
TENUTA DI TORRENOVA

I sottoscritti docenti **CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE** ad effettuare

uscita didattica/visita guidata *(indicare quale)*_____
viaggio d'istruzione (Campo Scuola) _____

Nel rispetto delle norme stabilite dalla C.M. 291/92 e delle delibere degli OO.CC. dell'anno scolastico in corso

DICHIARANO quanto segue

META PRESCELTA _____

- Data.....
  Periodo dal ..... **al** ..... *(solo per Viaggio di Istruzione)*
- **Durata** □ **1/2 giornata**
  partenza da scuola alle ore .....rientro presso .....alle ore .....
  □ **intera giornata**
  partenza da scuola alle ore .....rientro presso .....alle ore .....

SEDE	CLASSE/SEZ	N. ALUNNI PARTECIPANTI	DI CUI N. ALUNNI CON DISABILITA'	N. ALUNNI NON PARTECIPANTI	N. DOCENTI	ALTRO PERSONALE
	TOTALE					

Di norma il numero degli alunni partecipanti sopra indicato non può subire successive variazioni e dovrà essere pari ai 2/3 della classe.

N. ALUNNI PARTECIPANTI	
N. DOCENTI	
N. DOCENTI DI SOSTEGNO	
ALTRO PERSONALE	
TOTALE PARTECIPANTI	

MEZZO DI TRASPORTO: □ PULLMAN □ MEZZI PUBBLICI

VALENZA EDUCATIVO - DIDATTICA DELLA VISITA……..

- **CESTINI PRANZO O ANTICIPO DELLE MERENDE** ***(solo per le classi con refezione scolastica)***

  per n. _____ALUNNI e n. _____DOCENTI *(solo per i docenti aventi diritto al pasto in mensa nel giorno previsto per l'uscita didattica)*

DOCENTI e PERSONALE COINVOLTO					
N.	**QUALIFICA**	**COGNOME E NOME**	**TURNO DEL GIORNO**	**CLASSE/SEZ DI SERVIZIO**	**FIRMA**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

N. B. Si ricorda che:

1. Ogni classe dovrà essere accompagnata da almeno 2 docenti e se presente l'alunno seguito dal personale OEPAC, dovrà essere accompagnato da quest'ultimo.

FIRMA del DOCENTE REFERENTE

ACCOMPAGNATORE

_____

CELLULARE _____

VISTO

□ SI AUTORIZZA □ NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Serafina Di Salvatore)

MOD.2

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA DELLE ALZAVOLE"
ROMA

Classe / Sez. _____ Scuola_____

Uscita didattica del _____

A _____

ALUNNI CON PARTICOLARI ESIGENZE ALIMENTARI (allergie/intolleranze/motivo etico-religioso)

(il cestino pasto alternativo sarà fornito solo se è stata effettuata la richiesta di "dieta speciale" all'Ufficio Programmazione e Vigilanza Alimentare del Municipio VI Roma delle Torri)

NOMINATIVO **ALIMENTI**

1) _____/_____

2) _____/_____

3) _____/_____

4) _____/_____

5) _____/_____

6) _____/_____

7) _____/_____

DOCENTI CON PARTICOLARI ESIGENZE ALIMENTARI

(il cestino pasto alternativo sarà fornito solo se è stata effettuata la richiesta di "dieta speciale" all'Ufficio Programmazione e Vigilanza Alimentare del Municipio VI Roma delle Torri)

NOMINATIVO **ALIMENTI**

1) _____/_____

2) _____/_____

3) _____/_____

Roma,_____

FIRMA del Docente

_____

***N.B.*: da compilare 1 per ogni classe**

MOD. 3

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA DELLE ALZAVOLE"

Classe- sez._____ Scuola_____

VISITA GUIDATA A _____

del _____

ELENCO ALUNNI PARTECIPANTI e QUOTE da VERSARE

N.	COGNOME e NOME	Quota per pullman €	Quota per ingresso €	Quota per guida €	Esente per pagamento ingresso e/o guida (indicare con X)	TOTALE €
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
	TOTALE €					

Roma, _____ Firma del Docente/ Coordinatore_____

N.B.: **da compilare 1 per ogni classe**

MOD. 4 RESTITUIRE ENTRO IL …….

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA DELLE ALZAVOLE"
00169 ROMA - Via delle Alzavole, 21 - ☎06 264991

Io sottoscritto……genitore dell'alunno/a……della scuola statale
□ Infanzia □ Primaria □ Secondaria
Plesso …….della classe……. sez.…….
AUTORIZZO mio figlio a partecipare all'uscita didattica presso…….
in data ……. dalle ore ……. alle ore ……circa
Per la scuola secondaria l'alunno/a potrà tornare da scuola da solo/a avvalendosi della liberatoria rilasciata in riferimento all'orario mattutino
accompagnati dai Docenti. ……
Trasporto: □ privato □ pubblico quota trasporto euro ……...
quota ingresso/guida euro…….

II/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi de! DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale. Dichiara, pertanto, che l'altro esercente la responsabilità genitoriale concorda ad autorizzare.

Roma, lì …… Firma del padre ……
Firma della madre…….

✂----------

MOD. 4 RESTITUIRE ENTRO IL …….

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA DELLE ALZAVOLE"
00169 ROMA - Via delle Alzavole, 21 - ☎06 264991

Io sottoscritto……genitore dell'alunno/a……della scuola statale
□ Infanzia □ Primaria □ Secondaria
Plesso …….della classe……. sez.…….
della classe……. sez.…….
AUTORIZZO mio figlio a partecipare all'uscita didattica presso…….
in data ……. dalle ore ……. alle ore ……circa
Per la scuola secondaria l'alunno/a potrà tornare da scuola da solo/a avvalendosi della liberatoria rilasciata in riferimento all'orario mattutino
accompagnati dai Docenti. ……
Trasporto: □ privato □ pubblico quota trasporto euro …….....
quota ingresso/guida euro…….

II/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi de! DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale. Dichiara, pertanto, che l'altro esercente la responsabilità genitoriale concorda ad autorizzare.

Roma, lì …… Firma del padre ……...
Firma della madre……

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo VIA DELLE ALZAVOLE

Via delle Alzavole, 21-00169 Roma

Scuola _____

Classe_____sez. _____
Data uscita _____
Destinazione _____
Accompagnatori_____

Nr.	ALUNNI PARTECIPANTI	Nr.	ALUNNI NON PARTECIPANTI
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	
11		11	
12		12	
13		13	
14		14	
15		15	
16		16	
17		17	
18		18	
19		19	
20		20	
21		21	
22		22	
23		23	
24		24	
25		25	
26		26	
27		27	

N.B.: da compilare 1 per ogni classe

FIRMA del DOCENTE

_____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "VIA DELLE ALZAVOLE"

OGGETTO: comunicazione supporto OEPAC per uscite didattiche/viaggi

Il/I sottoscritto/i_____

Coordinatore/Insegnanti della classe _____ plesso _____

comunica/comunicano che il personale OEPAC _____

accompagnerà l'alunno/a _____della classe

_____all'uscita/visita/viaggio presso_____ per la durata

di_____ il giorno _____

la partenza è prevista alle ore _____

Il rientro alle ore _____ entro l'orario/oltre l'orario scolastico.

Firma Coordinatore/Docenti:

_____

_____

_____

_____

Data: _____