



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "DANTE ALIGHIERI"**

rmic84500d@istruzione.it

Via Cassiodoro, 2/A – Tel. Fax 06.68.78.011 – 00193 Roma - D.S. XXV –
Cod.mecc. RMIC84500D - C.F. 97200570584

VISITE DIDATTICHE: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE

__ l__ sottoscritt__ _____ docent __ coordinator _ dell__ class _____ sez _____
scuola _____ CHIED __ l' autorizzazione per poter effettuare la VISITA DIDATTICA presso
_____ il giorno _____ dalle ore _____ alle
ore _____

- MEZZO DI TRASPORTO UTILIZZATO: _____
- N° TOTALE ALUNNI _____ CLASSE _____ SEZ. _____
- N° TOTALE ALUNNI PARTECIPANTI ALLA GITA _____ DI CUI _____ CON HANDICAP
- SPESA PRO CAPITE _____ SPESA TOTALE _____ a carico
dell _____
- NOMINATIVI DOCENTI ACCOMPAGNATORI : 1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 (AEC) _____

__ l__ sottoscritt__ dichiar__ sotto la propria responsabilità di **AVERE PROVVEDUTO A RACCOGLIERE LE
AUTORIZZAZIONI DEI GENITORI.**

E' RICHIESTA LETTERA DI AUTORIZZAZIONE ALL' INGRESSO ? SI' NO

SONO RICHIESTI ELENCHI ALUNNI ? SI' NO

Riservato alle sole classi che usufruiscono del servizio refezione.

GLI ALUNNI PRANZERANNO A MENSA ? SI' NO

SI RICHIEDE PREPARAZIONE DA PARTE DELLA MENSA DI PRANZO AL SACCO ? SI' NO
(I docenti sono pregati comunque di comunicare direttamente in cucina la data di effettuazione della gita)

Roma, _____

FIRMA DOCENTI

Visto, si approva

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giovanna D'Arco