

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta di autorizzazione uscita didattica

I sottoscritti insegnanti delle classi/sezioni _____ Plesso _____

Ins. _____ Ins. _____ Ins. _____

chiedono l'autorizzazione ad effettuare la visita guidata/visita istruzione in data _____

a _____ Trasporto a mezzo _____ Ditta _____

Partecipano n° ____ alunni di cui n°. ____ DVA e n°. ____ DVA in situazione di gravità.

Richiesta colazione al sacco per n°. _____

Partenza da scuola alle ore _____ Rientro a scuola previsto alle ore _____

(*) Costo TRASPORTO € _____ Costo INGRESSO/GUIDA € _____

Costo TOTALE € _____ Costo PRO-CAPITE € _____

Altri docenti accompagnatori _____

Eventuali genitori _____

ALLEGARE ALLA PRESENTE :

- Elenco nominativo degli alunni partecipanti e degli accompagnatori autorizzati, distinti per classe;
- Rinuncia motivata dei non partecipanti ;
- Documentazione di vigilanza dei docenti ;
- Motivazione didattica-pedagogica dell'uscita ;
- Programma di viaggio ;
- Prospetto delle eventuali sostituzioni dei docenti di classe/SH/RC partecipanti all'uscita didattica, che quindi non effettuano attività didattica nelle loro classi / con alunni in situazione di handicap.

Si dichiara che è stata chiesta ed ottenuta l'autorizzazione scritta dei genitori degli alunni partecipanti all'uscita.**FIRME**

Milano, _____

Parte riservata agli Uffici di Segreteria

- Deliberato dal Collegio dei Docenti in data _____
- Delibera del CdI n°. _____ del _____

VISTO SI AUTORIZZA
 IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Dott.ssa Milca Granese

(*) N.B. Il costo del trasporto verrà versato sul bilancio della scuola tramite bollettino di C/C postale n°. 13850201

Tel. 02/884 47052 – Fax. 02/884 47053

Indirizzo mail: miic8dy00c@istruzione.it – miic8dy00c@pec.istruzione.it

DICHIARAZIONE DI VIGILANZA

I SOTTOSCRITTI DOCENTI :

_____	_____
_____	_____
_____	_____

TITOLARI DELLA CLASSE _____ INFANZIA PRIMARIA SEC.1°GRADO

PLESSO DI VIA _____

DICHIARANO

Che presteranno opera di vigilanza durante l'uscita didattica con meta :

Del giorno _____ / _____ / _____

INOLTRE I SOTTOSCRITTI DOCENTI DICHIARANO DI VOLER EFFETTUARE L'USCITA SENZA ALCUN AGGRAVIO DI SPESA A CARICO DEL FONDO D'ISTITUTO E/O RICHIESTA DI RECUPERO ORE AGGIUNTIVE**IN FEDE**

Milano, _____

Tel. 02/884 47052 – Fax. 02/884 47053

Indirizzo mail: miic8dy00c@istruzione.it – miic8dy00c@pec.istruzione.it