Al DIRIGENTE SCOLASTICO della Direzione Didattica di Castel San Pietro Terme

OGGETTO: Richiesta effettuazione visita guidata FINO ALLE / SUPERIORE ALLE 4 ore.

I sottoscritti Insegnanti

_____

_____

_____

delle **classi/sezioni** _____

della **scuola primaria / dell'infanzia** di _____,
richiedono di effettuare la seguente visita guidata:

- **Meta**: _____
- **Giorno di effettuazione**: _____ **dalle ore** _____ **alle ore** _____
- **Partecipanti**:

CLASSE/SEZ. _____ n. alunni ____ di cui n. __ certificati
CLASSE/SEZ. _____ n. alunni ____ di cui n. __ certificati
CLASSE/SEZ. _____ n. alunni ____ di cui n. __ certificati
CLASSE/SEZ. _____ n. alunni ____ di cui n. __ certificati
CLASSE/SEZ. _____ n. alunni ____ di cui n. __ certificati TOT. ___ alunni

INSEGNANTI ACCOMPAGNATORI n. ____;
ALTRI partecipanti: n. ___ (specificare cognome – nome e qualifica

_____

_____

Eventuali ESPERTI: _____

- **Mezzo di trasporto** da utilizzare: |_| PULLMAN a pagamento |_| PULLMAN gratuito
  |_| TRENO |_| PULLMAN di linea
  |_| ALTRO (specificare) _____
- **Finalità didattiche**: _____

_____

I sottoscritti **DICHIARANO:**

1. di impegnarsi a partecipare alla suindicata visita didattica;
2. di assumersi l'obbligo della vigilanza sugli alunni partecipanti;
3. che la visita rientra nelle attività incluse nella programmazione didattico-disciplinare;
4. di essere in possesso della dichiarazione di consenso debitamente firmata dagli esercenti la potestà degli alunni;
5. che tutti i partecipanti sono muniti di documento di identificazione e coperti da Assicurazione Infortuni e R.C.

data _____
Firma degli accompagnatori: _____

_____

_____

§§§