# 

# **Ministero dell’Istruzione e del Merito**

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CONFALONIERI***

Via J. Dal Verme 10 - 20159 Milano

C.F. 80126910159; Cod. Mecc. MIIC8CH00T; Codice Univoco Ufficio: UFB54G

tel: 02 88447124; peo: [miic8ch00t@istruzione.it](mailto:miic8ch00t@istruzione.it); pec: [miic8ch00t@pec.istruzione.it](mailto:miic8vh00t@pec.istruzione.it)

**Al Dirigente Scolastico dell’ I.C. Confalonieri**

**VISITA GUIDATA – ANNO SCOLASTICO .........................**

Si propone la seguente visita guidata:

|  |  |
| --- | --- |
| **PLESSO SCOLASTICO** |  |
| **CLASSE** |  |
| **N° ALUNNI PARTECIPANTI** |  |
| **N° ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI** |  |
| **META E/O PERCORSO DELLA VISITA** |  |
| **FINALITA’ DIDATTICA** |  |
| **DATA** |  |
| **MEZZO DI TRASPORTO** |  |
| **ORA PARTENZA E RITORNO** |  |
| **COSTO INGRESSI** |  |
| **COSTO LABORATORIO** |  |
| **COSTO GUIDE** |  |
| **DOCENTI ACCOMPAGNATORI** |  |
| **DOCENTE ORGANIZZATORE** |  |
| **DOCENTI SOSTITUTI** |  |

Il sottoscritto docente è il responsabile dell’uscita e pertanto si impegna a:

* acquisire il consenso scritto dei genitori degli alunni;
* garantire la partecipazione di almeno i 2/3 degli alunni componenti la classe.

FIRME DOCENTI ACCOMPAGNATORI

DOCENTI SOSTITUTI

..................................................

..................................................

..................................................

Milano………… FIRMA DOCENTE ORGANIZZATORE

…...............................................

Da compilare a cura del docente organizzatore in ogni sua parte e da consegnare in segreteria.

VISTO SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Scatigna Angela