#

# **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; pec: miic8ch00t@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 SOSTITUTI  | FIRME DOCENTI ACCOMPAGNATORI  |
| .................................................. | .................................................. |
| .................................................. | .................................................. |
| .................................................. | .................................................. |
|  | FIRMA DOCENTE ORGANIZZATORE |
|  | .................................................. |

Milano…………

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 Giuseppina Lara Santangelo