

 		Viale F.Turati 1/R 52011 Bibbiena Arezzo Tel : 0575955716 c.f. 94004080514 cod. mecc.ARIC82800CSA Arezzo Email : ARIC82800R@pec.istruzione.it aric82800r@istruzione.it URL https://icdovizibibbiena.edu.it
--	---	--

MODULO DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE VISITE GUIDATE
(Un solo giorno o nelle ore di lezione)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI ISTITUTO
Istituto Comprensivo "Bernardo Dovizi" – Bibbiena

ORDINE DI GRADO DELLA SCUOLA: _____

Il/La sottoscritt _____

Insegnante della classe _____ Sez. _____

CHIEDE

L'autorizzazione ad effettuare una visita/uscita guidata d'istruzione secondo quanto di seguito indicato:

a _____

Data _____ Ora di partenza _____ Ora di rientro _____

Itinerario e programma di visita:

Ore ____:____ - Partenza da _____

Ore ____:____ - _____

Ore ____:____ - _____

Ore ____:____ - _____

Ore ____:____ - _____

Ore ____:____ - _____

Ore ____:____ - Rientro e arrivo a _____

Pranzo: _____

Mezzi di trasporto richiesti:

Treno: indicare stazione di partenza _____ orario Partenza _____ arrivo _____

Obbiettivi didattici e culturali dell'iniziativa:

Aree disciplinari coinvolte:

Partecipazione della classe:

classe _____ n. alunni della classe _____ n. alunni partecipanti _____ n. alunni con sostegno _____

Associata alle classi:

classe _____	n. alunni della classe _____	n. alunni partecipanti _____	n. alunni con sostegno _____
classe _____	n. alunni della classe _____	n. alunni partecipanti _____	n. alunni con sostegno _____
	totale _____	totale _____	totale _____

Indicare i luoghi /servizi soggetti a prenotazione (ingressi musei, parchi, guide ec):

Insegnante responsabile (Coordinatore o altro rappresentante del Consiglio di classe):

Ins. _____
(firma per assunzione dell'impegno)

Bibbiena, _____

Il collaboratore del Dirigente Scolastico

Insegnanti accompagnatori:

Firma assunzione impegno e obbligo di vigilanza

Ins. _____	_____
Ins. _____	_____
Ins. _____	_____
Ins. _____	_____
Ins. _____	_____
Ins. _____	_____

Ins. Supplente:

Firma assunzione impegno e obbligo di vigilanza

Ins. _____	_____
Ins. _____	_____

Eventuale insegnante accompagnatore alunno portatore di handicap:

Firma assunzione impegno e obbligo di vigilanza

Ins. _____

(numero accompagnatori 1 ogni 15 studenti)

NON EFFETTUARE PRENOTAZIONI SENZA CONTATTARE LA SEGRETERIA.

Vista la richiesta dei docenti per la visita guidata a _____,
che si effettuerà in data ____ / ____ / _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Alessandra Mucci

Si autorizza