



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
Istituto Comprensivo Statale Trilussa via Graf 74 - 20157 Milano
Fax: 0288448614
Ufficio didattica: Primaria e Secondaria 0288448596
Ufficio personale: 0288448599
e-mail uffici: MIIC8AF001@ISTRUZIONE.IT MIIC8AF001@PEC.ISTRUZIONE.IT
www.ictrilussa.gov.it
C.F.80145250157 - Codice Istituto MIIC8AF001
Plessi di scuola primaria: via Graf 74 - via Graf 70 Plesso
scuola secondaria di primo grado: via Graf 74

Prot. N.

MILANO, _____
**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AI CONSIGLIO D'ISTITUTO**

OGGETTO: Visita guidata della/e classe/i _____ Sez. _____ Plesso _____

Ordine di Scuola _____

In ottemperanza delle norme stabilite dalle C.M. 291 del 14/10/1992; D. M. del 20/04/2006 n.239; della Nota 1385/2009; della Nota 3630/2010; della Nota 380/2011; della Nota Ministeriale 645/2002; della Nota Prot. 1902/2002; del Decreto n. 44/2001; della C. M. dell'interno n.3 del 14/03/1995; dell'art. 293 del T.U. delle Leggi di Pubblica Sicurezza; della C.M. n. 380/1995; del regolamento approvato dal Consiglio di Istituto; del piano annuale delle visite e/o dei viaggi d'istruzione proposto e approvato dal Collegio dei Docenti;

I docenti firmatari

CHIEDONO

L'autorizzazione ad effettuare la/il seguente visita/viaggio di istruzione o connesso ad attività sportiva:

DESTINAZIONE _____

N. ALUNNI PARTERCIPIANTI _____

PARTENZA ALLE ORE _____ **DEL GIORNO** _____

RIENTRO ALLE ORE _____ **DEL GIORNO** _____

DURATA DEL VIAGGIO _____ **DISTANZA MASSIMA km** _____

MEZZO DI TRASPORTO _____

DITTA/AGENZIA _____

COSTO PRO-CAPITE PER ALUNNO _____

COSTO TOTALE del VIAGGIO secondo il preventivo (IVA inclusa)

DOCENTE REFERENTE DEL VIAGGIO _____

DOCENTE/I ACCOMPAGNATORE/I

DOCENTE/I SOSTITUTO/I

Si allegano i seguenti documenti:

- 1- Elenco nominativo degli alunni partecipanti, distinti per classi di appartenenza;
- 2- Autorizzazioni delle famiglie (**dal diario degli alunni**)
- 3- Dichiarazione di possesso di idoneo documento di riconoscimento per tutti gli allievi. Pag. **1 a 2**

Allegato A

FIRMA DOCENTI ACCOMPAGNATORI:

Scuola _____ Classe _____ sez. _____ Docente _____

IL DIRIGENTE, VISTA LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA,

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

II DIRIGENTE SCOLASTICO