

Ministero dell’Istruzione, e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

LICEO SCIENTIFICO STATALE “ASCANIO LANDI”

Via Salvo D’Acquisto, 61 - 00049 Velletri (Roma) - Tel. 06121125780 - Fax 069626943 – C.F. 95018790584

## Sito web: <http://www.liceolandi.edu.it> - E-mail: [rmps320009@istruzione.it](mailto:rmps320009@istruzione.it) – P.E.C.: [rmps320009@pec.istruzione.it](mailto:rmps320009@pec.istruzione.it)

**Al Dirigente Scolastico**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente della classe \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere autorizzato/a ad effettuare il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ una visita guidata viaggio

d’istruzione a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la partenza è prevista alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e il rientro è previsto alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_

**RIEPILOGO PARTECIPANTI USCITA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classi partecipanti alla visita guidata** | **Alunni partecipanti** | **Alunni non partecipanti** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DOCENTI RESPONSABILI della visita guidata FIRMA DOCENTI RESPONSABILI**

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCENTI DI RISERVA FIRMA DOCENTI RISERVA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCENTI ALLIEVI PORTATORI HANDICAP FIRMA DOCENTI ALUNNI PORTATORI HANDICAP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACCETTAZIONE DEL CONSIGLIO DI CLASSE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME E COGNOME DOCENTE** | **FIRMA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Mezzo di trasporto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spesa pro-capite € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI ALLEGA:

1) Elenco degli alunni partecipanti 2) dichiarazione di consenso di tutti i genitori

Vista la C.M. n.291/1992 Vista le delibere degli OO. CC. di questo Istituto concernenti le visite guidate;

Vista la documentazione allegata alla presente istanza;

Tenuto conto della valenza formativa della visita proposta e della sua rispondenza alla programmazione didattica –educativa annuale:

l’effettuazione della visita didattica di cui sopra.

Il Dirigente Scolastico

(Prof.ssa Simonetta De Simoni)

Velletri **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**