



ISTITUTO COMPRENSIVO N. 4 - ORISTANO



c.a.p. 09170 Viale Diaz, n° 83 Oristano (OR)

0783/70357

0783/776317

Codice Fiscale: 80004750958

Codice Meccanografico: ORIC82700L

Codice Univoco: UFEFNS

e-mail

sito internet

e-mail certificata

oric82700l@istruzione.it

istitutocomprendivo4oristano.gov.it

oric82700l@pec.istruzione.it

Prot. n° _____/04-06

Oristano ____/____/____

Ai Sigg. Docenti delle

Classi _____

Oggetto: autorizzazione effettuazione Uscita Didattica.

Il dirigente Scolastico

Autorizza

l'effettuazione dell'Uscita Didattica _____

Destinazione: _____;

Partenza: giorno ____/____/____ ore ____.

Rientro in Sede: giorno ____/____/____ ore ____.

Partecipanti: alunni n° _____ accompagnatori n° _____. Totale: _____;

Designazione Accompagnatori

Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____
Docente _____	- Classe: _____	- Alunni n° _____

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Giuseppina Loi

Firma autografa sostituita da indicazione a stampa ai sensi dell'art.3, comma 2, del D. Lvo n° 39/93

__l__ sottoscritt _____

CHIEDE

Autorizzazione ad effettuare una visita guidata di istruzione secondo quanto di seguito indicato:

data _____ ora di partenza _____ ora di rientro _____

itinerario e programma di visita _____

discipline interessate _____

partecipazione:

classe _____	allievi partecipanti _____	allievi non partecipanti _____
classe _____	allievi partecipanti _____	allievi non partecipanti _____
classe _____	allievi partecipanti _____	allievi non partecipanti _____
classe _____	allievi partecipanti _____	allievi non partecipanti _____
classe _____	allievi partecipanti _____	allievi non partecipanti _____
totale _____	allievi partecipanti _____	allievi non partecipanti _____

Insegnante responsabile della visita guidata:

Prof. _____

firma per l'assunzione dell'impegno:

firma per l'assunzione dell'impegno
e della responsabilità della vigilanza

Insegnanti accompagnatori:

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Data _____

il docente _____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo n. 4
ORISTANO

Oggetto: dichiarazione obbligo di vigilanza.

__l__ sottoscritt _____, docente in servizio presso la
Scuola Secondaria di I Grado "L. Alagon" di Oristano, con riferimento al programma della visita
 GUIDATA a _____ in data _____
per le classi _____ di questa Scuola

dichiara

di assumere l'obbligo di vigilanza degli alunni sotto elencati della classe _____ durante la
viaggio d'istruzione sopra indicato.

Cognome e nome degli alunni:

1. _____;
2. _____;
3. _____;
4. _____;
5. _____;
6. _____;
7. _____;
8. _____;
9. _____;
10. _____;
11. _____;
12. _____;
13. _____;
14. _____;
15. _____;

Data, _____

firma