

# FUTURA

# LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



## *Istituto comprensivo "Arbe - Zara"*

Viale Zara n. 96 (via Arbe, 21) - 20125 MILANO  
C.F. 80124730153 – Cod. Mecc. MIIC8DG00L  
Milano 02/88467600

Sito Istituto: [www.icarbezara.edu.it](http://www.icarbezara.edu.it) - istituzionale: [MIIC8DG00L@istruzione.it](mailto:MIIC8DG00L@istruzione.it) posta  
certificata: [MIIC8DG00L@pec.istruzione.it](mailto:MIIC8DG00L@pec.istruzione.it)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. ARBE ZARA MILANO**

**OGGETTO:** Uscita didattica/Viaggi Istruzione, a \_\_\_\_\_ del/dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_ Prof/Doc \_\_\_\_\_ responsabile della uscita/viaggio indicata in  
oggetto

in nome del/dei Consiglio/Team della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

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

Il giorno _____	Ora di partenza _____	Ora di rientro _____
-----------------	-----------------------	----------------------

( ) di più giorni dal _____ al _____	Dalle ore _____ del _____	Alle ore _____ del _____
--------------------------------------	---------------------------	--------------------------

Costi da sostenere	Crocettare la spesa interessata
Trasporto	
albergo	
altri costi: <b>1)</b> Guide	
<b>2)</b> laboratori	
<b>3)</b> altro	

- Itinerario e programma analitico della visita \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Classe e sez. partecipante	N. alunni partecipanti (presumibile)	N. alunni non partecipanti	Elenco alunni non partecipanti
<b>Totale</b>			

**DATI PRENOTAZIONE**

Ente/i contatto/i \_\_\_\_\_ Data prenotazione \_\_\_\_\_

N°di telefono \_\_\_\_\_ Orario di ingresso \_\_\_\_\_

Modalità di pagamento \_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni/accordi per esigenze particolari (alunni su carrozzina .....)

\_\_\_\_\_

Insegnante responsabile della visita

\_\_\_\_\_

**I sottoscritti insegnanti**

**DICHIARANO**

- di aver informato le famiglie della/Ile classe/i nel corso della riunione del .....

- di aver preso visione dei compiti connessi allo svolgimento dell'incarico

- di assumersi l'obbligo della vigilanza con l'assunzione di responsabilità di cui all'art. 2047 del Codice Civile con l'integrazione di cui all'art. 61 della L.312/80.

**SI IMPEGNANO**

- ad informare, viaggio concluso, il capo d'Istituto sugli inconvenienti eventualmente accaduti nel corso dello stesso;

Insegnanti accompagnatori	per la classe	firma per assunzione dell'impegno della responsabilità di vigilanza	Orario di servizio

- per allievi portatori di handicap (ogni due alunni)


In caso di assenza di uno dei docenti sopraindicati, in qualità di sostituto


Eventuale personale non docente: \_\_\_\_\_

Milano, \_\_\_\_\_

L'INSEGNANTE COORDINATORE  
\_\_\_\_\_

---

**Visto il Regolamento di Istituto**, constatata la regolarità della presente istanza, degli allegati richiamati e degli adempimenti previsti, considerando soprattutto la valenza formativa dell'iniziativa

**SI AUTORIZZA**

la realizzazione della visita guidata di cui trattasi. I docenti sopra riportati, i quali hanno sottoscritto la relativa dichiarazione di assunzione di incarico sono nominati rispettivamente nel compito di responsabile della visita e di accompagnatori, con gli impegni formali previsti dalle vigenti disposizioni.

Milano \_\_\_\_\_ -

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
\_\_\_\_\_ -