

Sede

Roma,

Oggetto: richiesta autorizzazione visita didattica – 1 giorno

La/Il sottoscritto/a prof.ssa/prof.

chiede l'autorizzazione ad effettuare la visita didattica

coerente con la progettazione del Consiglio di classe e deliberata in data

per la/e classe/i

sez.

Primaria/SSIG/Liceo (scientifico, europeo,...)

in data

Numero Studenti

di cui N.

con disabilità

La quota di partecipazione individuale per l'attività è di € ad alunno.

Contatti soggetto/ente/istituzione coinvolti:

indirizzo mail

telefono

Accompagnatore/i

Mezzo di trasporto suggerito

Orario di partenza

da

Orario di rientro previsto a scuola

o orario termine dell'attività

Liberatoria immagini da richiedere

SI

NO

VISTO DEL COORDINATORE DI SETTORE