



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**CPIA2 – "ITALO CALVINO"**

**CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI**

**Sede Legale: Via Vitaliano Ponti,40 - 00169 Roma tel/fax 06/23235159**

**Sedi associate:**

**Via Vitaliano Ponti 40- 00169 Roma tel/fax: 0623235159**

**Via Palmiro Togliatti,979 - 00155 Roma – tel: 062154916**

**16° Distretto – Cod. Fis. 97846570584– Cod. Mec. RMMM671008**

**e-mail: [rmmm671008@istruzione.it](mailto:rmmm671008@istruzione.it) – pec: [rmmm671008@pec.istruzione.it](mailto:rmmm671008@pec.istruzione.it)**

## **MODULO RICHIESTA VISITA ISTRUZIONE**

VISITA DI ISTRUZIONE A: \_\_\_\_\_

CLASSE: \_\_\_\_\_

I SOTTOSCRITTI DOCENTI: \_\_\_\_\_

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELLA VISITA DI ISTRUZIONE:

\_\_\_\_\_

DESTINAZIONE: \_\_\_\_\_

DOCENTI ACCOMPAGNATORI: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

EVENTUALI SOSTITUTI: 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

SOSTITUZIONI NELLE CLASSI: \_\_\_\_\_

NUMERO ALUNNI DELLA CLASSE: \_\_\_\_\_ NUMERO PARTECIPANTI MINIMO: \_\_\_\_\_

MEZZO DI TRASPORTO RICHIESTO: [ ] TRENO [ ] PULMAN [ ] MEZZI PUBBLICI

I SOTTOSCRITTI DOCENTI, UNA VOLTA AVUTA L'AUTORIZZAZIONE FORMALE DEL DS, SI IMPEGNANO A RACCOGLIERE LE AUTORIZZAZIONI FIRMATE DAGLI ALUNNI E DALLE FAMIGLIE E LE EVENTUALI RICEVUTE DI VERSAMENTO DA CONSEGNARE IN SEGRETERIA E INDICARE I DOCENTI CHE LI SOSTITUIRANNO NELLA CLASSI.

CON LA FIRMA DELLA PRESENTE, I DOCENTI DICHIARANO DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE LA PARTECIPAZIONE ALLA VISITA DI ISTRUZIONE NON DÀ DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DI INDENNITÀ O RECUPERI.

ALLEGATI ALLA RICHIESTA:

[ ] PROGRAMMA ANALITICO

[ ] PROGETTO DIDATTICO

I DOCENTI PROPONENTI/ACCOMPAGNATORI E I SOSTITUTI