



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SASSUOLO 2 NORD

Viale G. Zanella, 7 - 41049 Sassuolo (Mo)

Tel. 0536 880531 - Fax 0536 880540

C.F. 93036690365

Sito web: www.ic2sassuolonord.edu.it

E-mail: moic829008@istruzione.it

Pec: moic829008@pec.istruzione.it

**Al Presidente della Giunta Esecutiva
del Consiglio di Istituto
di Sassuolo 2 NORD**

Oggetto: Richiesta di autorizzazione a compiere viaggio-gita di istruzione A.S. _____

SCUOLA DELL'INFANZIA / PRIMARIA / SECONDARIA DI PRIMO GRADO

VIAGGIO/GITA del _____ dalle ore _____ alle ore _____ CL. _____ SEZ. _____

Gli insegnanti organizzatori chiedono l'autorizzazione ad effettuare la gita/il viaggio d'istruzione più avanti specificato. A tal fine precisano quanto segue:

1- Programma analitico del viaggio:

ITINERARIO SPECIFICO: _____

OBIETTIVI CULTURALI E DIDATTICI: _____

2 – Data della delibera del C.d.I. _____

3 – Elenco nominativo alunni partecipanti distinti per classe (tot. alunni _____) allegato alla presente.

4 – Dichiarazione di consenso delle famiglie (questi moduli vanno consegnati dall'insegnante in classe).

5 – Elenco nominativo dei docenti accompagnatori:

I sottoscritti insegnanti

a) _____ b) _____

c) _____ d) _____

e) _____ f) _____

DICHIARANO

di partecipare al suddetto viaggio/gita di istruzione con l'assunzione dell'obbligo della vigilanza.

FIRME

a) _____ b) _____

c) _____ d) _____

e) _____ f) _____

6 – Mezzo/i di trasporto/i _____

7 – Estremi della ditta che effettua il trasporto _____

8 – Costo totale del viaggio: _____

Quote a carico degli alunni: _____

Firme insegnanti:

a) _____ b) _____

c) _____ d) _____

e) _____ f) _____

Sassuolo, _____

ISTRUZIONI IN CASO DI INFORTUNIO

**Per infortuni e/o malori improvvisi a cui rivolgersi: CENTRALE OPERATIVA PLURIASS
SCUOLA**

**NUMERO VERDE 800.904.193 (chiamate dall'Italia) - +39.011.65.23.200 (chiamate
dall'Estero)**

Alla Centrale vanno date le seguenti informazioni:

- **Qualificarsi come ASSICURATO PLURIASS SCUOLA;**
- **Numero di Polizza 1001476324**
- **Cognome e nome DELL'INFORTUNATO;**
- **Nome dell'Istituto scolastico di appartenenza;**
- **Motivo della chiamata;**
- **Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarvi;**
- **Tipo di assistenza richiesta.**

Questo servizio è obbligatorio per poter avere le coperture previste dalla polizza (trasferimento sanitario, familiari accanto, rientro anticipato).

Prot. n. _____/

Sassuolo, _____

VISTA la delibera di autorizzazione approvata dal C.d.I. in data _____ relativa alle gite di istruzione da effettuarsi nel corrente anno scolastico

SI AUTORIZZA L'EFFETTUAZIONE DEL VIAGGIO RICHIESTO

Il Dirigente Scolastico