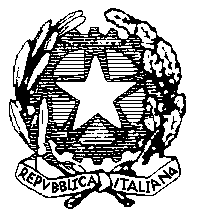
****

Ministero dell’Istruzione e del merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI BOSISIO PARINI

VIA APPIANI N. 10 - 23842 BOSISIO PARINI (LECCO)

C.M. LCIC81000X - COD. FISCALE 82003400130

TEL. 031/3580590

E-mail: lcic81000x@istruzione.it - Pec: lcic81000x@pec.istruzione.it - Sito: www.comprensivobosisio.edu.it

Ai genitori degli alunni della classe …………………………………………………

**COMUNICAZIONE VISITA GUIDATA/VIAGGIO D’ISTRUZIONE**

Destinazione: ……………………………………………………………………………………… Periodo: ………………………………………

Partenza ore ……………… da ……………………………………… Rientro ore …………… a ……………………………………………

Mezzo di trasporto …………………………………………………………………………… Spesa pro capite €\* ……………………

Programma

\* Quota calcolata ipotizzando la partecipazione di tutta la classe e che pertanto subirà variazioni in caso di mancata autorizzazione di qualche alunno.

**tagliare e restituire secondo la indicazioni fornite dai docenti**

AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………………… genitore/tutore dell’alunno ………………………………………………………………… frequentante la classe ……… plesso ………………………………………………

**AUTORIZZA**

la partecipazione del/la proprio/a figlio/a al/la visita guidata/viaggio d’istruzione promosso da: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Destinazione: ……………………………………………………………………………………… Periodo: ………………………………………

Partenza ore ……………… da ……………………………………… Rientro ore …………… a ……………………………………………

Mezzo di trasporto …………………………………………………………………………… Spesa pro capite € ………………………

**DICHIARA**

- di essere consapevole che la presente autorizzazione lo impegna a versare alla scuola la somma pro capite preventivata con le variazioni derivanti dalla mancata autorizzazione di qualche alunno;

Data …………………………… Firma ………………………………………………………………………