



ISTITUTO TECNICO «SAFFI/ALBERTI» FORLÌ

Indirizzi di studio: Sistema Moda Costruzioni Ambiente Territorio Chimica materiali / Biotecnologie Sanitarie-Ambientali
via Turati n. 5- 47121 FORLÌ Tel. 0543-67370 e-mail: fote020004@istruzione.it Pec: fote020004@pec.istruzione.it sito: www.saffi-alberti.edu.it

**Al Dirigente Scolastico
Al Presidente del Consiglio di Istituto
Alla commissione gite
Al DSGA**

e P.C.

Oggetto: Richiesta visita guidata

Evento: _____

Destinazione/i: _____ il giorno _____

Docente Responsabile: prof. _____ recapito telefonico _____

Email: _____

<i>Classe/i interessate:</i>	<i>N. alunni partecipanti</i>	<i>Totale alunni</i>	<i>% alunni partecipanti</i>	<i>Docenti Accompagnatori:</i>	<i>Docenti sostituiti</i>

Mezzo di Trasporto: autobus a disposizione per tutto il viaggio
 autobus a disposizione solamente a _____
 autobus di linea da _____ a _____
 treno da _____ a _____

Partenza da _____ alle ore _____

Rientro a _____ alle ore _____

Indicare ingressi a Musei, Siti archeologici, Mostre, servizio guide:

- 1 Museo Sito Archeologico Mostra
Precisare _____ richiesto servizio guida
- 2 Museo Sito Archeologico Mostra
Precisare _____ richiesto servizio guida
- 3 Museo Sito Archeologico Mostra
Precisare _____ richiesto servizio guida
- 4 Museo Sito Archeologico Mostra
Precisare _____ richiesto servizio guida
- Servizio Guida aggiuntivo per _____

Altro: _____

Finalità Didattiche:

ITINERARIO E PROGRAMMA (ora e luogo di partenza, luoghi o manifestazioni da visitare, ora e luogo previsti per il ritorno):

Con riserva di apportare al programma le variazioni che si rendessero opportune e/o necessarie, senza snaturare le finalità della visita. Il tema della visita rientra nel programma preventivo (o, in mancanza, in quello ministeriale) del Consiglio di Classe.

Eventuali annotazioni:

Approvazione dei Consigli di Classe:

Classe/i interessate:	Data Consiglio di Classe di Approvazione	FIRMA Docenti Accompagnatori:	FIRMA Docenti sostituti

Forlì (FC) _____

Il Docente Responsabile:

SI ALLEGA ELENCO ALUNNI CON FIRMA DI PARTECIPAZIONE

Spazio riservato alla COMMISSIONE GITE:

Seduta in data: _____

Si concede

NON si Concede

Motivo del Diniego:

IL Presidente della Commissione Gite:

Spazio riservato alla CONSIGLIO DI ISTITUTO

Seduta in data: _____

Si concede

NON si Concede

Motivo del Diniego:

IL Presidente del Consiglio di Istituto:

Spazio riservato alla DIRIGENZA:

Visto in data: _____

Si concede

NON si Concede

Motivo del Diniego:

IL Presidente della Commissione Gite:
