

RICHIESTA VISITA DIDATTICA – AZIENDALI – USCITE PCTO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.T.A. "C. GALLINI"
VOGHERA (PV)

Il/La sottoscritto/a _____ docente di _____
nella classe _____, a seguito

- della delibera assunta dal Consiglio della Classe nella riunione del _____
- della delibera del Collegio Docenti nella riunione del _____
- altro _____

visto il Regolamento d'Istituto relativo a Viaggi d'Istruzioni, Visite e Attività Sportive

CHIEDE

di poter attivare la seguente

- Visita didattica _____
- Visita Aziendale _____
- Visita Aziendali nell'ambito dei PCTO _____
- Uscita in ambito di Progetto e/o Attività _____

DATA VISITA (evidenziare due possibili date) _____

CLASSE/I INTERESSATE _____
n. _____ n. _____ n. _____ n. _____ n. _____ n. _____
totale alunni n. _____

DESTINAZIONE _____

ORARIO DI PARTENZA _____ LUOGO DI PARTENZA _____

ORARIO DI RIENTRO _____ LUOGO DI RIENTRO _____

DOCENTI ACCOMPAGNATORI

(1 docente ogni 15 alunni - nominativi emersi dai verbali dei Consigli di Classe)

RESPONSABILE ACCOMPAGNATORE VIAGGIO _____

DOCENTE _____	classe accompagnata _____
DOCENTE _____	classe accompagnata _____
DOCENTE _____	classe accompagnata _____
DOCENTE _____	classe accompagnata _____
DOCENTE _____	classe accompagnata _____
DOCENTE _____	classe accompagnata _____
EVENTUALE DOCENTE DI SOSTEGNO _____	classe _____
EVENTUALE DOCENTE DI SOSTEGNO _____	classe _____

MEZZO/I DI TRASPORTO _____ Totale persone trasportate _____

GUIDE N. _____ costo € _____

INGRESSI _____ costo € _____

MEZZO/I DI TRASPORTO _____ Totale persone trasportate _____

GUIDE N. _____ costo € _____

INGRESSI _____ costo € _____

PROGRAMMA DETTAGLIATO REDATTO DAL DOCENTE PROPONENTE/RESPONSABILE ACCOMPAGNATORE

VIAGGIO

ORE _____ ritrovo presso _____

ORE _____ partenza presso _____

ORE _____ partenza per il rientro a Voghera presso _____

previsto per le ore _____

Data, _____

Il docente responsabile _____

RIESAME COMPLETEZZA DATI E REQUISITI BASE DI FATTIBILITÀ

I dati e i requisiti base sono completi e sufficienti

- Si
- No
- Parzialmente

Note _____

Controllo compatibilità finanziaria DSGA (se necessario)

- Si
- No

Data _____ firma DSGA _____

- Si autorizza
- Non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Silvana Bassi