



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1°

Via A. Volta, 3 - 31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Cod. Miur TVIC81500D Cod. Fisc. 81002050268  
tvic81500d@istruzione.it - tvic81500d@pec.istruzione.it  
Tel. 0423 493595 - Fax 0423 493597 www.iccastelfranco1.edu.it



## MOD. n. 1 - MODULO di RICHIESTA VISITE/VIAGGI

Al Dirigente Scolastico  
IC1° Castelfranco Veneto

Il sottoscritto docente \_\_\_\_\_, referente per la sotto indicata visita guidata,

### CHIEDE

Visita/viaggio d'istruzione a: \_\_\_\_\_ **PLESSO**

data: \_\_\_\_\_ classe: \_\_\_\_\_ alunni n. \_\_\_\_\_ di cui H: n.  motorio n.  non motorio

classe: \_\_\_\_\_ alunni n. \_\_\_\_\_ di cui H: n.  motorio n.  non motorio

classe: \_\_\_\_\_ alunni n. \_\_\_\_\_ di cui H: n.  motorio n.  non motorio

**TOTALE alunni +Accompagnatori** \_\_\_\_\_

**Mezzo di trasporto:** \_\_\_\_\_ orario partenza \_\_\_\_\_ orario rientro in

sede \_\_\_\_\_

Quota prevista a carico di ciascun **alunno €**

PROGRAMMA DETTAGLIATO: (o allegare programma dettagliato)

Obiettivi e Risultati attesi:

### Docenti accompagnatori :

1. Docente Referente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

3. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

4. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

5. Assistente polivalente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si richiede di disdire la mensa **SI** **NO**

Castelfranco Veneto \_\_\_\_\_

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

Donata Sartor

Si autorizza **SI** **NO**