



Unione Europea



Istituto Comprensivo
"Carducci - V. Da Feltre"



Regione Calabria



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRESIVO "CARDUCCI - V. DA FELTRE" REGGIO CALABRIA

MODULO DI ADESIONE PER VIAGGIO DI ISTRUZIONE IN SICILIA

A.S. 2019/2020

DESTINATARI SCUOLA PRIMARIA: CLASSI QUINTE

DESTINATARI SCUOLA SECONDARIA I GRADO: CLASSI PRIME E SECONDE

I sottoscritti, _____ e _____, genitori dell'alunn_ _____ della classe _____ sez. _____ di questa Istituzione scolastica, autorizzano _I_ propri_ figli_ a partecipare al viaggio di istruzione in Sicilia, come da programma di massima, che verrà pubblicato sul Sito Web della scuola.

I sottoscritti sono al corrente che:

- il viaggio di istruzione in Sicilia si effettuerà dal 19/03 2020 al 22/03/2020;
- il costo è pari a € 239,00;
- la quota deve essere versata per intero tramite conto corrente postale n. 1009919778 o bonifico al seguente IBAN: IT22Z0760116300001009919778 - con intestazione Istituto Comprensivo "CARDUCCI - V. DA FELTRE" R.C. - specificando la causale di versamento "VIAGGIO DI ISTRUZIONE IN SICILIA", IL NOMINATIVO DELL'ALUNNO/A E LA CLASSE DI APPARTENENZA.

Consapevoli che tale somma sarà versata per il pagamento relativo alle varie prenotazioni ed al trasporto in pullman/traghetto, si impegnano ad allegare la ricevuta dell'avvenuto pagamento al presente modulo, debitamente compilato in tutte le sue parti, e di consegnarli al Coordinatore di classe entro il 17/02/2020.

I sottoscritti sono consapevoli, altresì, che nel caso in cui, per qualsiasi ragione, VOLONTARIA O INVOLONTARIA, _I_ propri_ figli_ non dovesse prendere parte al viaggio, non avranno diritto al rimborso se non nei termini prefissati dall'agenzia aggiudicataria.

Con la presente, inoltre, delegano la tutela del_ proprio_ figli_ all'accompagnatore designato dalla Scuola e, nel contempo, sollevano la Scuola e gli insegnanti da ogni responsabilità per eventuali incidenti non imputabili a incuria o negligente sorveglianza dei Docenti.

Reggio Calabria, _____

Firma dei genitori

SI PREGA DI SEGNALARE EVENTUALI ALLERGIE O INTOLLERANZE DEL_ PROPRIO_ FIGLIO_ E, IN CASO DI FARMACI DA SOMMINISTRARE, DI SPECIFICARNE LA POSOLOGIA:

INDICARE NUMERI DI TELEFONO UTILI: _____

Via Cannizzaro 12 - 89123 REGGIO CALABRIA

C. M.: RCIC867007 - C. F.: 92081320803



RCIC867007@istruzione.it



RCIC867007@pec.istruzione.it



www.iccarduccidafeltre.edu.it



0965 23504/300990/23103



0965 330400

Codice Unico Fatturazione UFDW9D