



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE A. MOTTI

ISTITUTO PROFESSIONALE DI ENOGASTRONOMIA E OSPITALITA' ALBERGHIERA
CON I PERCORSI: ACCOGLIENZA TURISTICA, CUCINA, PASTICCERIA, SALA-BAR



ISTITUTO TECNICO PER IL TURISMO

Sede Amministrativa: Via Gastinelli 1/B - 42123 Reggio Emilia

TEL. +390522383162 +390522284480 +390522383201 FAX +390522383205
Sede Via Cialdini 3 - 42121 Reggio Emilia - TEL +390522453519 FAX +390522455607
Sede Viale Trento Trieste 4 - 42124 Reggio Emilia - TEL+393480041173

C.F. 80012710358

e-mail: motti@istitutomotti.it

www.motti.gov.it

Prot.n. _____

Reggio Emilia, _____

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "A. Motti"**

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VISITE GUIDATE/VISITE DI ISTRUZIONE (A cura del docente organizzatore e un modulo per classe)

Il/La sottoscritto/a _____

Docente di _____

Presso la Sede di Via Gastinelli Via Cialdini Viale Trento Trieste

CHIEDE

Di poter effettuare una visita di istruzione approvata dal C. di C. in data _____ pertanto fornisce i seguenti dati:

PARTENZA IL _____ ALLE ORE _____ RITORNO IL _____ ALLE ORE _____

DESTINAZIONE _____ TOTALE ACCOMPAGNATORI _____

CLASSE _____ TOTALE ALUNNI _____ (di cui ALUNNI DISABILI _____)

LUOGO RITROVO PARTECIPANTI _____

MEZZO DI TRASPORTO (autonomo, bus pubblico, ecc....) _____

DA PRENOTARE? SI NO

	BUS PUBBLICO N. _____	BUS PRIVATO
	TRENO	ALTRO (specificare) _____

MOTIVAZIONE _____

ELENCO DOCENTI ACCOMPAGNATORI

(1 Docente ogni 15 alunni per l'Italia, 1 Docente ogni 10 alunni per l'Estero, 1 Docente per ogni alunno con abilità differenti)

NOMINATIVO DOCENTI	FIRMA	NOMINATIVO DOCENTI	FIRMA

I Docenti dichiarano di essere garantiti da polizza assicurativa contro gli infortuni e s'impegnano ad acquisire agli atti tutti i permessi dei genitori degli alunni partecipanti da conservare fino alla fine dell'anno scolastico.

Data _____

VISTO SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

NON SI AUTORIZZA

MODULO N. 25: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VISITA GUIDATA /VISITA D'ISTRUZIONE