



Istituto Istruzione Superiore "N. Pellegrini"

Istituto Tecnico Agrario

Via Bellini, 5 – **07100 SASSARI** - Tel. 079/24.41.10 - Fax 079/25.90.170

C.F: 80005490901 - Partita IVA Azienda Agraria: 00352620900

- mail: SSIS00300L@istruzione.it – PEC: SSIS00300L@PEC.ISTRUZIONE.IT

IBAN: IT 45 G 01015 17208 000000013558

Banca d'Italia Sassari IBAN: IT 93 M 01000 03245 522300316719



Sede associata: **IPASR** – Via Aldo Moro, snc - 07034 **PERFUGAS** - Tel. 079/564264 - Fax 079/563318

Sede associata: **IPIA** – Via Grazia Deledda, 128 – **SASSARI** 079 – 244062

Sede associata: **IPAA** - **Santa Maria La Palma**

*Al Dirigente Scolastico
IIS "N. Pellegrini"
Sassari*

OGGETTO: Richiesta di viaggio di istruzione - uscita didattica - PCTO.

TIPOLOGIA **viaggio di istruzione** **uscita didattica/visita guidata** **PCTO**

META/E ed EVENTO: _____

PERIODO: dal _____ al _____

CLASSE/I INTERESSATA/E	NUMERO DEGLI ALUNNI PARTECIPANTI	SUL TOTALE DI

Alunni che non partecipano al viaggio d'istruzione / uscita didattica / visita guidata _____

Classe dove saranno inseriti gli alunni non partecipanti _____

Attività alternativa e/o integrativa proposta per chi non partecipa al viaggio d'istruzione):

MEZZO DI TRASPORTO: **PULLMAN** **TRENO** **AEREO**

INGRESSO A MUSEI _____ **COSTO** _____

SITI ARCHEOLOGICI _____ **COSTO** _____

GALLERIE _____ **COSTO** _____

MOSTRE/ECC. _____ **COSTO** _____

SERVIZIO GUIDE _____ **COSTO** _____

OBIETTIVI-FINALITÀ DIDATTICO-CULTURALI

ITINERARIO ANALITICO 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 del viaggio. Il tema del viaggio rientra nel programma preventivo (o, in mancanza, in quello ministeriale) del Consiglio di Classe

Eventuali note

Il viaggio è stato approvato dai Consigli di Classe del _____

Incarichi	Cognome e Nome in stampatello	Firma
Docente responsabile (eventuale)		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente riserva		

Per i viaggi di istruzione compilare anche la parte sottostante:

ALBERGO _____ STELLE, comprensivo di:

UBICAZIONE ALBERGO: VICINO AL CENTRO VICINO A METROPOLITANA ALTRO _____

SERVIZIO DI : PENSIONE COMPLETA MEZZA PENSIONE COLAZIONE E PERNOTTAMENTO

PASTI SERVITI: NELL'ALBERGO STESSO IN RISTORANTE CON CESTINO DA VIAGGIO

CAMERE : SINGOLA PER DOCENTI MULTIPLA PER GLI STUDENTI BAGNO IN CAMERA

EVENTUALE SUPPLEMENTO PER CAMERA SINGOLA

ALUNNI CON INTOLLERANZE ALIMENTARI DA SEGNALARE ALL'HOTEL

(indicare Cognome e nome e quali intolleranze)

Cognome _____ Nome _____ Intolleranze _____

Cognome _____ Nome _____ Intolleranze _____

Cognome _____ Nome _____ Intolleranze

ALTRO:

VISTO

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
(prof. Paolo Acone)

Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.