



Unione Europea

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2007-2013



MIUR

Liceo Scientifico Statale "A. Gallotta"

Autonomia N. 60

Via Caduti di Bruxelles, 84025 Eboli (SA)

Tel: 0828367503 Fax: 0828361789

www.liceogallotta.com - email: liceogallotta@virgilio.it

C.F.: 82003690656 - cod. Min.: SAPS01000G

AI GENITORI DEGLI ALUNNI
CLASSE _____ SEZ. _____

Oggetto: visita guidata a AGROPOLI - LS. del giorno 22/06/2013

Si chiede alle SS.LL. di rilasciare la sottoindicata dichiarazione di autorizzazione del/la proprio/a figlio/a alla visita guidata indicata in oggetto.

La visita prevede la partenza degli alunni alle ore 8,30 ed il rientro in sede alle ore 14,00 circa.

Per l'iniziativa sarà utilizzato un pullman della Ditta 2 VOZZO

Il Dirigente Scolastico
Prof. Angelo Scelza

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico "A. Gallotta"
di Eboli

 I sottoscritt

Genitore dell'alunn

AUTORIZZA

su figli a partecipare alla visita guidata/viaggio d'istruzione organizzat dalla scuola per il periodo dal / / al / / di gg. con destinazione

 I sottoscritt nell'ammonire il/la proprio/a figlio/a alla tenuta di un comportamento diligente,

DICHIARA

di esonerare la Scuola per le responsabilita' derivanti dall'inosservanza delle disposizioni impartite dal docente accompagnatore.

Data / /

firma

Il docente accompagnatore*

*

Visto del docente accompagnatore per il controllo dell'autenticità della firma del genitore