



**AUTORIZZAZIONE USCITA DIDATTICA O VISITA GUIDATA/
VIAGGIO D'ISTRUZIONE / FSL (barrare le voci che non interessano)**

Alla Dirigente Scolastica
I.I.S. "Della Corte-Vanvitelli"
Cava de' Tirreni (SA)

I sottoscritti _____ esercenti la responsabilità genitoriale sullo/a
studente/ssa _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo:

☐ Grafica ☐ Informatica ☐ Elettronica ☐ Cat ☐ Afm ☐ Sia ☐ Turismo ☐ Alberghiero

AUTORIZZANO

L'allievo/a a partecipare alla seguente uscita didattica o visita didattica:

1. Destinazione _____
2. Mezzi di trasporto _____
3. Data _____ ora _____ luogo di ritrovo _____
4. ora di rientro prevista _____
5. gli alunni faranno autonomamente rientro in famiglia al termine dell'uscita

Docenti accompagnatori
1. _____
2. _____

I sottoscritti dichiarano di:

- a. sollevare l'Istituto da ogni responsabilità per danni cagionati dall'alunno a cose e/o a persone (compreso se stesso) durante l'attività, dovuti a comportamenti contrari alle regole di condotta impartite dai docenti e/o contrari alle regole del Regolamento d'Istituto o dell'ordinamento generale;
- b. autorizzare la scuola a far prestare, in caso di necessità e di urgenza derivante da evento verificatosi durante attività, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie, impegnandosi fin d'ora a rimborsare le spese sostenute su richiesta motivata della scuola;
- c. autorizzare o non autorizzare lo studente a consumare, durante l'intera durata dell'attività, il cibo e le bevande consentite che potranno essere somministrate ai partecipanti dalle strutture ospitanti. A tal fine dichiarano che lo/la studente/ssa non risulta affetto/a da alcuna patologia, allergia o intolleranza che rappresenti elemento di rischio per la salute del minore.

Firma Genitore/Tutore (1) * Firme per presa visione (per maggiorenni)
Firma Genitore/Tutore (2) *

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara: a) di firmare anche per conto dell'altro genitore;
b) di non essere in regime di separazione/divorzio

**N.B. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori
(cfr. art. 155 del codice civile modificato dalla L.n. 54 del 08/02/2016)**

(NORME DI COMPORTAMENTO PER STUDENTI IN VIAGGIO)

Regole di comportamento da osservare durante la visita o l'uscita didattica

- **Portare** con sé un documento di identità in corso di validità.
- **Portare** con sé la tessera sanitaria.
- **Seguire** sempre le indicazioni dei docenti e del personale addetto della struttura ospitante.
- **Non allontanarsi** dal gruppo senza esplicita autorizzazione dei docenti, anche in caso di alunni maggiorenni, ed essere sempre puntuali agli appuntamenti sia di inizio giornata che a quelli in corso di giornata.
- **Rispettare** le norme, le persone e le cose dell'ambiente che in quel momento si frequenta.
- **Mantenere** un comportamento corretto evitando comportamenti chiassosi, esibizionistici o comunque non educati.
- **Ricordare** che eventuali danni arrecati a persone o cose saranno addebitati al o ai responsabili, oltre all'irrogazione delle previste sanzioni per il danno di immagine arrecato alla scuola e ai componenti della comunità scolastica.

Si allega alla presente copia dei documenti di identità degli esercenti la responsabilità genitoriale.

Cava de' Tirreni.....

Firma dell'alunno (anche se minore)

Firme degli esercenti la responsabilità genitoriale (anche se l'alunno è maggiorenne)

Firma Genitore/Tutore (1)

Firma Genitore/Tutore (2)

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A USCITA DIDATTICA / VIAGGIO DI ISTRUZIONE /FSL

Prot.n _____ del _____ / _____ / _____

Alla Dirigente Scolastica prof.ssa Franca Masi

Il/la sottoscritto/a docente _____ <i>I docenti accompagnatori dichiarano di essere in regola con l'art. 5.7 del Regolamento d'Istituto inerente le Uscite/Viaggi: SI / NO eventualmente allegare Richiesta di Deroga per Uscita / Viaggio del Docente /Classe</i>	
CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE <i>(barrare le voci che interessano)</i> ALL' USCITA DIDATTICA/ VIAGGIO DI ISTRUZIONE/ FSL/ DI CUI ALL'ALLEGATO PROGRAMMA	
Già programmato in sede al primo consiglio di classe del corrente A.S _____ / _____ (SI) (NO) Valido per attività FSL (SI) (NO)	
Destinazione _____	
Attività e finalità _____	
Classe destinataria _____ Eventuali classi abbinate _____ Num. Partecipanti _____ Num. Partecipanti Diver. Abili: _____ Num. Alunni della classe _____	
Data, luogo e ora di partenza _____	
Data, luogo e ora presumibile di rientro _____	
Gli alunni si recheranno autonomamente al luogo di incontro per la partenza (SI) (NO) Gli alunni rientreranno autonomamente presso le proprie abitazioni (SI) (NO)	
Docenti accompagnatori: <i>(N.B. Il docente proponente è sempre un accompagnatore)</i> Accomp. Alunno divers. Abile. Possibile sostituto _____	1) _____ Firma _____ 2) _____ Firma _____ 3) _____ Firma _____ 4) _____ Firma _____ 5) _____ Firma _____
Mezzo di trasporto () Treno () Pullman () Altri mezzi pubblici () Nessun mezzo	
USCITE E VIAGGI FSL (Formazione scuola lavoro) Si richiede organizzazione a carico della scuola (Bus, biglietti treno, ecc.) (SI) (NO) Si richiede rimborso spese previa consegna dei documenti contabili originali (SI) (NO) Numero alunni e accompagnatori totali: _____ Spesa prevista: _____ (se l'organizzazione è a carico della scuola) () Il docente sotto la propria responsabilità dichiara di aver controllato che vi sia Convenzione FSL attiva.	
USCITE E VIAGGI PER GARE – CONCORSI Si richiede organizzazione a carico della scuola (Bus, biglietti treno, ecc.) (SI) (NO) Si richiede rimborso spese previa consegna dei documenti contabili originali (SI) (NO) Numero alunni e accompagnatori totali: _____ Spesa prevista: _____ (se l'organizzazione è a carico della scuola)	
() Il/La sottoscritto/a docente, una volta ottenuta l'autorizzazione, collaborerà con il Referente e la Segreteria per definire tutti gli aspetti organizzativi del viaggio e dichiara che tutta la documentazione necessaria, raccolta e verificata dal/lla sottoscritto/a, è stata consegnata al competente ufficio della segreteria della scuola. Firma docente proponente _____	

La Dirigente Scolastica autorizza l'attività qui descritta: (SI) (NO)

Cava De' Tirreni _____ Firma della D.S. _____



Istituto di Istruzione Superiore
Della Corte - Vanvitelli Cava de' Tirreni (Sa)

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

(ogni docente si assume la responsabilità di max 15 alunni)

I sottoscritt__ prof. _____

designat__ quale docente accompagnatore per la visita che si terrà a _____

_____ il _____ Cl. _____ SEZ _____

TOTALE ALUNNI FREQUENTANTI _____ TOTALE ALUNNI PARTECIPANTI _____

DICHIARA

Di assumersi la responsabilità in ordine alla vigilanza degli alunni sottoindicati ai sensi degli artt. 2047 e 2048 del C.C. e L. 312/80

ALUNNI PARTECIPANTI

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

FIRMA



Istituto di Istruzione Superiore
Della Corte - Vanvitelli Cava de' Tirreni (Sa)

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' (DOCENTE SOSTEGNO)

I sottoscritt_ prof. _____

designat_ quale docente accompagnatore per la visita che si terrà a _____

_____ il _____ Cl. _____ SEZ _____

TOTALE ALUNNI FREQUENTANTI _____ TOTALE ALUNNI PARTECIPANTI _____

DICHIARA

Di assumersi la responsabilità in ordine alla vigilanza dell'o/i alunno/i sottoindicato/i ai sensi
-degli artt. 2047 e 2048 del **e.e.** e L. 312/80

ALUNNO/I PARTECIPANTI

1. _____

2. _____

3. _____

FIRMA



**Alla Dirigente Scolastica
dell'IIS Della Corte-Vanvitelli**

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O
ALLERGIE A FARMACI.**

I sottoscritti _____ esercenti la potestà
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____.
Recapiti Tel _____, PEO _____

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

- ☐ non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;
- ☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto
alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione e/o l'uso delle cucine;
- ☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;
- ☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno/a da segnalare come patologie, insufficienza cardiaca,
insufficienza respiratoria, asma, etc: _____

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679
(Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche
con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente
dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Firma dei genitori

