

UNIONE EUROPEA
Fondo europeo di sviluppo regionale

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1302/2007/2013
POR
SARDEGNA
Quadro comunitario regionale a occupazione

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna Ufficio V. Ambito territoriale per la Provincia di Cagliari

www.liceoeuclidecagliari.edu.it
caps13000V@pec.istruzione.it
caps13000V@istruzione.it

Liceo
Classico scientifico
Euclide

Via Ligas sn. 09121 Cagliari
C.F. 92139400920
Tel.070-542853

Al Dirigente Scolastico
Liceo Classico Scientifico "Euclide"
CAGLIARI

OGGETTO: Richiesta di viaggio di istruzione/scambio/ERASMUS.

VIAGGIO DA EFFETTUARSI a _____

PERIODO: dal _____ al _____

Numero giorni _____ notti _____

Classe/i interessata/e	Numero studenti partecipanti	Di cui disabili	SUL TOTALE DI

MEZZI DI TRASPORTO:

- AEREO: BAGAGLIO A MANO BAGAGLIO IN STIVA
- PULLMAN: Itinerario _____
- TRENO: Itinerario _____

INGRESSO A MUSEI	
SITI ARCHEOLOGICI	
GALLERIE	

MOSTRE/ECC.	
SERVIZIO GUIDE	

Il viaggio è stato approvato dai Consigli di Classe del _____

Incarichi	Cognome e Nome	Firma
Docente responsabile		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente riserva		

ALBERGO _____ comprensivo di: _____

UBICAZIONE:

VICINO AL CENTRO

VICINO A METROPOLITANA

ALTRO _____

SERVIZIO DI:

PENSIONE COMPLETA

MEZZA PENSIONE

COLAZIONE E PERNOTTAMENTO

PASTI SERVITI: NELL'ALBERGO STESSO IN RISTORANTE

CAMERE: SINGOLA PER DOCENTI DOPPIA PER DOCENTI MULTIPLA PER GLI STUDENTI

BAGNO IN CAMERA

EVENTUALE SUPPLEMENTO PER CAMERA SINGOLA

ASSICURAZIONE: _____

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: _____

Quota a carico della famiglia da fare versare e consegnare insieme alle autorizzazioni: € _____

In allegato: elenco alunni ed autorizzazione dei genitori dell'impegno alla partecipazione.

Liceo Classico Scientifico "Euclide" – Cagliari -	Riservata all'ufficio
---	-----------------------

VISTO SI AUTORIZZA
 NON SI AUTORIZZA

li, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Vanni Mameli
