



Istituto Comprensivo n° 7

Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di Primo Grado "L. Orsini" Via Vivaldi n° 76 - 40026 IMOLA (BO)
 Tel. 0542 685100 - Fax 0542 684967 - SitoWeb: www.ic7imola.edu.it - e-Mail: boic85600p@istruzione.it - pec:boic85600p@pec.istruzione.it
 Cod. Fisc.: 82003750377 - Cod. Mecc.: BOIC85600P - Cod. Fatturazione: UFGRJC - Codice IPA: istsc_boic85600p

Ai genitori degli alunni della classe 3B Scuola sec. Orsini
 e, p.c. Al docente coordinatore
 Alla DSGA
 All'A.A. Pia Perna

Oggetto: visita guidata a MEDICINA - Centro Visite radiotelescopi.

Si comunica che per la classe 3B è stata programmata una visita guidata **MEDICINA - Centro Visite radiotelescopi** a che si svolgerà il giorno 27 febbraio 2025, secondo il seguente programma:

- partenza prevista ore 9:30 dall'Istituto Comprensivo n. 7 di Imola rientro alle ore 12:30 circa

La **quota** orientativa di partecipazione è di **circa 16,00 pro capite** e comprende: la quota di trasporto .

Poiché la quota è calcolata sulla totalità degli alunni della classe, potrà subire una variazione a seconda del numero di partecipanti che dovrà comunque essere almeno pari ai 2/3.

Il versamento tramite PAGOINRETE sarà richiesto successivamente solo quando si sarà determinata la quota definitiva.

Il Docente coordinatore avrà cura di raccogliere le autorizzazioni firmate da entrambi i genitori (tranne per casi specifici adeguatamente documentati), **entro il giorno 3/02/2025**.

N.B. Si ricorda che la sottoscrizione dell'autorizzazione costituisce formale impegno dei genitori al versamento della quota.

La Dirigente Scolastica

F.to Prof. ^{ssa} **Rossana Neri**

Firma autografa sostitutiva a mezzo stampa ai sensi
 e per gli effetti dell'art.3,c2 D.Lgs n.39/93

Da ritagliare e consegnare al Coordinatore prof.ssa Altieri per la classe 3 B (a cura dei genitori/tutori)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 _____ e

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
 sez. _____

Plesso Scuola sec. di primo grado "L. Orsini" dell'Istituto Comprensivo n° 7,

- autorizzano
- non autorizzano

il proprio figlio/a a partecipare alla visita guidata a **MEDICINA - Centro Visite radiotelescopi**, del giorno 27 febbraio 2025, e si impegnano a versare la quota di partecipazione nelle modalità indicate.

firma dei genitori _____

In caso di assenza o irreperibilità di uno dei genitori, l'altro genitore firmerà lo spazio sotto riportato

Il/La sottoscritta/o dichiara sotto la propria responsabilità, di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, _____

Firmato digitalmente da ROSSANA NERI