



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
TECNICO – PROFESSIONALE
www.iiscastelnovonemonti.edu.it



*Indirizzo Tecnico: Turistico - Indirizzi Professionali: Agricoltura e Sviluppo Rurale – Servizi Socio Sanitari –
Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera – Manutenzione e Assistenza tecnica*

Sede Legale: Via Morandi, 4 – 42035 Castelnovo ne' Monti (RE) tel. 0522/612328

Segreteria: Via Matilde di Canossa, 1 – 42035 Castelnovo ne' Monti (RE) tel. 0522/812347

Codice Fiscale: 91161590350 Codice Univoco: UFH04Z

Email: iiscastelnovonemonti@gmail.com - Email: reis014004@istruzione.it PEC: reis014004@pec.istruzione.it

Circ. n.28

Castelnovo né Monti, 13/10/2025

Agli alunni e genitori/tutori delle classi
2[^]T e 3[^]T

Alla docente Referente
Caivano Katia

Ai coordinatori di classe
Caivano Katia
Levrini Marco

OGGETTO: Viaggio d'istruzione a Comacchio (FE) dal 10/11/2025 al 12/11/2025 per 3 giorni e 2 notti – Classi 2[^]T e 3[^]T

Si comunica che dal giorno 10/11/2025 al giorno 12/11/2025, alcuni alunni delle classi in oggetto, nell'ambito delle attività didattiche programmate, effettueranno un Viaggio d'istruzione a Comacchio (FE).

Il ritrovo dei partecipanti è fissato alle ore 07.00 del giorno 10/11/2025 presso Pensiline di Via Matilde di Canossa.

Il ritorno è previsto alle ore 19.00 circa del giorno 12/11/2025 presso Pensiline di Via Matilde di Canossa.

Mezzo di trasporto utilizzato per A/R: Mezzo di trasporto dell'Istituto + Mezzo di trasporto di terzi + Ferrovie dello Stato

Il costo per ogni alunno è orientativamente pari ad € 230.00 (il costo potrà variare in base al n. dei partecipanti).

Al fine di raccogliere le adesioni si chiede di firmare l'autorizzazione in calce che dovrà essere restituita all'indirizzo e-mail istituzionale: reis014004@istruzione.it

ENTRO E NON OLTRE IL 20/10/2025 (si raccomanda di rispettare le scadenze).

N.B.: SI PRECISA CHE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE VINCOLA AL SUCCESSIVO VERSAMENTO DELLA QUOTA TOTALE.

La scuola, dal 21/10/2025, provvederà ad emettere il pagoPa con il costo effettivo, esclusivamente per gli alunni che hanno aderito.

La quota totale potrà essere rimborsata solo in caso di assenza per malattia, documentata da certificato medico da presentare in segreteria entro 5 giorni dalla data di partenza programmata.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Monica Giovanelli
Firmato digitalmente

Firmato digitalmente da Monica Giovanelli

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Nelson Mandela"

_l_sottoscritt_____genitore di _____

_____Frequentante la classe_____sez ._____, DICHIARA di

- ☐ AUTORIZZARE
☐ NON AUTORIZZARE

la partecipazione al Viaggio d'istruzione a Comacchio (FE) dal 10/11/2025 al 12/11/2025

Data

Firma