

**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo P. Levi-Marino**

**Via Palaverta n.69**

**Oggetto: Assenso dei genitori al viaggio di istruzione**

I sottoscritti

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in viale / via / corso / vicolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in viale / via / corso / vicolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_

del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo Istituto \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARANO

 Di acconsentire

 Di non acconsentire (il mancato consenso non è dovuto a motivi economici) alla partecipazione del proprio figlio alla visita d'istruzione

Alla visita/uscita didattica /viaggio di istruzione CIRCEO previsto/a per maggio; il cui costo è verosimilmente di 290 Euro.

Si ricorda che l’assenso prestato alla partecipazione al **viaggio è assolutamente vincolante sia per individuare il numero dei partecipanti** (che deve essere del numero minimo legale di 2/3 della classe) sia per la definizione del costo effettivo del viaggio di istruzione/uscita didattica.

**🞏 I sottoscritti si impegnano a versare le quote come indicato nella circolare n. 217 del 16/12/2024 entro i tempi che saranno comunicati successivamente**

In fede

Il padre (o chi ne fa le veci) …………………..………….

La madre (o chi ne fa le veci) …………………………...

**----------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Circolare del Ministero dell’Istruzione prot. 5336 del 02/09/2015** rubricata “*Indicazioni operative per la concreta attuazione in ambito scolastico della legge**54/2006 -"Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli* “

**FIRMA DI UN SOLO GENITORE (opzione 1)**

Ai sensi **dell’art. 317 del C.C.** in termini di responsabilità genitoriale, l’altro genitore (*riportare*

**cognome e nome**)

……………………..………………………………………………………………. **NON PUÒ FIRMARE L’ISTANZA PER**

**CHÉ IMPOSSIBILITATO PER il seguente motivo** (*barrare la casella interessata*):

 **Lontananza** (intesa come ***distanza fisica*** *che impedisce al genitore di adempiere ai doveri*

*derivanti dal suo status)*

 **Impedimento** (inteso come ***ogni evento*** *che comporti (pur temporaneamente) l'impossibilità di esercizio della responsabilità genitoriale*)

Data……………………… Firma ………..................………………………….

**FIRMA DI UN SOLO GENITORE (opzione 2)**

*Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla* ***responsabilità genitoriale*** *di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori*.

Data……………………… Firma ………..................………………………….

**PARTICOLARI ESIGENZE**

• ALIMENTARI

🞏 Intolleranze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Allergie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Scelte individuali vegetariane, religiose…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• ALTRE ALLERGIE/PATOLOGIE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Medicinali da assumere:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALTRO DA SEGNALARE