

		
UNIONE EUROPEA	REPUBBLICA ITALIANA M. I. U. R. – U. S. R. CALABRIA	REGIONE CALABRIA
ISTITUTO COMPRENSIVO "D. VITRIOLI – P. PIEMONTE" Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di I grado Via Possidonea, 19 - 89125 Reggio Calabria Tel. 0965891530 - 096521994 – Fax 09651970821 – email rcic87300e@istruzione.it – C. F.: 92081440809		

IC "VITRIOLI-P. DI PIEMONTE" - RC
 Prot. 0002426 del 02/04/2019
 04-06 (Uscita)

Reggio Calabria, 02/04/2019

Ai Sigg. Docenti
 Ai Sigg. Genitori
 Agli alunni delle
CLASSI SECONDE

Oggetto: Visita guidata e Mostra *Da Vinci Alive Experience – 500 Years of Genius.*

In occasione del V Centenario della Canonizzazione di San Francesco di Paola e dei 500 anni dalla scomparsa del Genio di Leonardo è stata organizzata da questa istituzione una visita guidata al Santuario di Paola e **Mostra Da Vinci Alive Experience – 500 Years of Genius**, presso il Museo Multimediale di Cosenza. Il costo del servizio di trasporto, determinato in base al numero delle adesioni pervenute, è di **€ 13,00** ad alunno, da versare alla scuola tramite bonifico bancario.

Si raccomanda ai sigg. genitori di segnalare eventuali allergie o intolleranze alimentari degli alunni partecipanti compilando la scheda allegata da consegnare ai docenti coordinatori unitamente alla ricevuta del versamento **entro il giorno 8 Aprile p.v**

La visita si svolgerà secondo il programma già indicato nella Circolare prot. 0001918 del 19 Marzo 2019.

La partenza è prevista alle **ore 8.00** dal **Piazzale della Libertà**. **Rientro nello stesso punto d'incontro alle ore 19.30 c.ca.** La quota di partecipazione di **€20** sarà versata direttamente sul pullman alla rappresentante dell'associazione **MirantuReghion**. Essa include : ingressi , visite guidate e pranzo al ristorante.

IBAN: IT 95 C 03111 16300 000000002081 - UBI Banca RC - intestato "I. C. Vitrioli-P. Piemonte"

CAUSALE: VISITA GUIDATA COSENZA DEL 13 APRILE 2019 ALUNNO_____ CLASSE_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Maria MORABITO

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

L'alunno/a

Classe.....

☐ SOFFRE DI PATOLOGIE CRONICHE

☐ SI

☐ NO

se Sì, quali

☐ DEVE ASSUMERE REGOLARMENTE FARMACI

☐ SI

☐ NO

se Sì, quali

☐ SOFFRE DI ALLERGIE A FARMACI

☐ SI

☐ NO

se Sì, quali

☐ SOFFRE DI ALLERGIE ALIMENTARI

☐ SI

☐ NO

se Sì, quali

ULTERIORI PRECISAZIONI

Data

Firma