



Istituto Comprensivo VIA BELFORTE DEL CHIEN TI

SEDE CENTRALE: Via Belforte del Chienti, 24 – 00156 Roma - ☎ 06 41217716 fax 06 41217716

Codice fiscale: 97712620588 – Cod. meccanografico: RMIC8EQ00G

<https://www.icbelfortedelchienti.edu.it> ✉ RMIC8EQ00G@istruzione.it pec: RMIC8EQ00G@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'I.C. "Via Belforte del Chienti"

AUTORIZZAZIONE CAMPOSCUOLA/VIAGGIO D'ISTRUZIONE

I sottoscritti

.....

genitori/tutori dell'alunno/a frequentante nell'a. s. 20..... /

la classe sez. plesso

presa visione del programma relativo al campo scuola che si effettuerà dal al

presso.....

utilizzando il/i seguente/i mezzo/i di trasporto:

DICHIARANO

1. di essere a conoscenza che gli accompagnatori sono i docenti e gli operatori
2. di assumersi ogni eventuale responsabilità derivante dalla inosservanza da parte del/della proprio/a figlio/a delle disposizioni impartite dai docenti e accompagnatori, e dichiarano di sollevare quest'ultimi, il Dirigente Scolastico e l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità eccedente l'obbligo di sorveglianza e vigilanza degli alunni in capo ai docenti e accompagnatori e gli obblighi imposti alla Scuola dalle norme vigenti (in particolare art. 2047 del Codice Civile e articolo 61 della legge n. 312/1980);
3. di aver preso visione del Regolamento d'Istituto per visite e viaggi d'istruzione, consultabile sul sito della scuola, e di accettarne tutte le condizioni;
4. di aver ricevuto il programma dettagliato dell'iniziativa. Inoltre, se si verificasse la necessità di modificare il programma di viaggio, i sottoscritti ne danno ampio mandato agli insegnanti accompagnatori, dichiarando fin d'ora di accettare ogni sua variazione in itinere;
5. che il proprio figlio/a necessita delle seguenti particolari attenzioni:

Allergie:

Intolleranze alimentari:
(indicare con precisione ogni alimento e/o sostanza)

Somministrazione di particolari farmaci

(in questo caso, è necessario compilare l'apposita modulistica)

Altro:

6. che quanto sopra indicato al punto 5. corrisponde al vero e sollevano i docenti e accompagnatori da responsabilità derivanti da problematiche di salute non dichiarate nel presente modulo;
7. di essere consapevoli che eventuali indennizzi dovranno essere richiesti esclusivamente alla Compagnia Assicuratrice competente "Assicuratrice Milanese s.p.a." e che pertanto nessuna istanza dovrà essere presentata direttamente alla scuola;
8. di aver ottemperato al pagamento della quota prevista tramite il Sistema PagoPA;

AUTORIZZANO

nell'esercizio della responsabilità genitoriale, la partecipazione del/della proprio/a figlio/a al campo scuola sopra citato. I sottoscritti sono a conoscenza delle disposizioni contenute nel Regolamento di Istituto e delle norme vigenti relative alla responsabilità circa le visite didattico-formative – viaggi di istruzione ed esonerano la Scuola da ogni responsabilità per fatti non imputabili a difetto di organizzazione o vigilanza.

Roma, li _____ / ____ / _____

FIRME DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

dichiara che, ai fini dell'applicazione dell'art. n. 317 del Codice Civile, l'altro genitore, in ogni caso posto a conoscenza della autorizzazione di cui sopra, non può firmare il consenso perché assente per:

Lontananza Impedimento Altro

Firma del genitore dichiarante _____