

ISTITUTO COMPRENSIVO "C.so MATTEOTTI"

Corso Matteotti, 84 ❖ 48011 ALFONSINE RA

Telefono: 0544 81290 ❖ Fax: 0544 80641

RAIC81200T

Codice Fiscale: 80101290395

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
48011 ALFONSINE

OGGETTO: DICHIARAZIONE ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ

I sottoscritti docenti, in servizio presso codesto Istituto, nella Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado _____

DICHIARANO

di essere disponibili ad accompagnare le classi indicate a fianco del proprio nominativo per la visita guidata/viaggio d'istruzione/ scambio culturale/uscita didattica, a _____ con l'obbligo di provvedere alla prescritta vigilanza, assumendo nel contempo la responsabilità di cui agli artt. 2047, 2048, 2049 del C. C., integrati dall'art. 61 della L. 312/1980.

COGNOME e NOME	CLASSE	DATA VISITA/VIAGGIO	FIRMA per assunzione responsabilità
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alfonsine, _____