



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*  
*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*  
*Liceo Scientifico Statale*  
*«Galileo Galilei»*

**Via dell'Immacolata, 4 – 00053 Civitavecchia – Roma ☎ 0766/25645 ☐☐ ☒**  
**0766/29227**

e-mail: [RMPS130006@istruzione.it](mailto:RMPS130006@istruzione.it); [RMPS130006ds@postecert.it](mailto:RMPS130006ds@postecert.it)

Distretto Scolastico N. 29

## **Viaggi di Istruzione a.s. 20 /**

Destinazione \_\_\_\_\_

### **Autorizzazione e impegno di spesa**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ padre/madre

dell' alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_ sez. \_\_\_

Visto il programma dettagliato

### **AUTORIZZA**

Il /La proprio/a figlio/a a partecipare al Viaggio di Istruzione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

con meta \_\_\_\_\_

#### **e si impegna**

a versare la quota relativa al Viaggio di Istruzione secondo le modalità che saranno comunicate dall' Istituzione Scolastica.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l' importo può variare leggermente nel caso di non adesione da parte di qualche alunno.

Le quote versate verranno restituite solo in caso di mancata attivazione del Viaggio di Istruzione da parte della scuola.

Data, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_