



I.I.S. "U. POMILIO - GALIANI - DE STERLICH"

Via U. Ricci, 22 Tel. 0871 41840 - Ind. Tecnologico e Economico

Via Colonna, 99/A – Tel. 0871565351 - Ind. Tecnologico e Economico

Via Colonna, 124 - Tel. 0871560563 - Ind. Professionale per Industria Artigianato e Sociosanitario

Codice fiscale: 80001690694 | Codice IPA: istsc_chis01600d | Codice unico di fatturazione (CUF): UFY2T2

E-mail: chis01600d@istruzione.it | Pec: chis01600d@pec.istruzione.it



Chieti, 23/01/2025

Ai genitori e studenti delle classi 5[^]

Ai docenti interessati

Agli ATA

Al DSGA

Oggetto: Circolare del 23.01.2025 **Viaggio di Istruzione Praga classi 5[^]**

Si comunica che sul registro elettronico, Sezione Pagamenti, è presente l'avviso di pagamento del saldo del costo del viaggio d'istruzione in oggetto (€ 355,00).

Il pagamento dovrà essere effettuato **entro giovedì 30 gennaio p.v.**

Si trasmettono in allegato:

- Modello di dichiarazione “Intolleranze/ allergie alimentari e eventuali patologie” PER TUTTI GLI STUDENTI da restituire tassativamente entro giovedì 30 gennaio p.v. ai coordinatori di classe.
- Programma dettagliato del viaggio.

Seguirà a breve l'organigramma della divisione dei gruppi per il viaggio aereo e per le stanze degli Hotel.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

(Dott.ssa Simonetta Longo)

Documento firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e successive modifiche ed integrazioni

DICHIARAZIONE Intolleranze alimentari e/o patologie

I sottoscritti _____
residenti in via _____ n. _____ città _____
recapito telefonico _____ genitori di _____
nato/a _____ il _____ frequentante per l'anno
scolastico 20___/20___ la classe.....

(Barrare la parte del modulo che interessa)

– **Fanno presente che il proprio figlio è affetto da:**

Intolleranza alimentare

Allergia alimentare

Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

Allo scopo allega certificato medico in busta chiusa

– **Fanno presente che il proprio figlio/a non è affetto da intolleranze o allergie alimentari**

– **Fanno presente che il proprio figlio per motivi religiosi non può assumere:**

– **Fanno presente che il proprio figlio/a è affetto da**

Consapevoli che il docente accompagnatore non è autorizzato alla somministrazione di farmaci.

Data _____

Firma dei genitori

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

(Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO

SI

Data _____

Firma dei genitori

Nel caso di firma di un solo genitore compilare qui sotto

Il/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, 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.

Firma _____

Data
