

	<p><b>FONDI STRUTTURALI EUROPEI</b></p> <p><b>pon 2014-2020</b></p> <p>PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR</p>		<p>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Dipartimento per la Programmazione Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'Istruzione e per l'innovazione digitale Ufficio IV</p>
<p>UNIONE EUROPEA</p>	<p>MIUR</p>	<p><b>Ministero della Pubblica Istruzione dell' Università e della Ricerca</b> ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VARESE 1 "Don Rimoldi" Via Pergine n. 6 – 21100 VARESE Tel. 0332/331440 -0332 /340050 Fax 0332/334110 C.F. 80101510123 Sito <a href="http://www.icvarese1donrimoldi.gov.it">www.icvarese1donrimoldi.gov.it</a> e-mail <a href="mailto:VAIC86900B@istruzione.it">VAIC86900B@istruzione.it</a> e-mail <a href="mailto:VAIC86900B@pec.istruzione.it">VAIC86900B@pec.istruzione.it</a></p>	
			

Circ. 487

Varese 4 maggio 201

Ai Docenti delle classi 3 A – 3 B plesso Don Rimoldi 3 C – 3 D plesso Salvemini  
 Agli alunni interessati  
 Ai genitori degli alunni interessati  
 Alle Responsabili di plesso  
 AI DSGA  
 SITO

Oggetto: Comunicazioni relative alla visita d'istruzione a Trieste dal 16 al 18 maggio

Si comunica quanto segue:

- **orario di partenza:** alunni Don Rimoldi Ritrovo ore 5.50; partenza ore 6 in Via Pergine 6.
- Alunni Salvemini: Ritrovo ore 6.00; partenza ore 6.10 in Via Molina angolo Via Brunico.
- **Arrivo** a Varese il giorno 18 maggio alle **ore 20.30 circa**.
- Ogni alunno dovrà consegnare all'arrivo in albergo **10 euro di cauzione** che verranno restituite il giorno della partenza se non si verificheranno danni alle strutture dell'albergo.
- Gli alunni alloggeranno presso l'Hotel Carlton\*\*\* Viale Arco del Libeccio 39 Lignano Pineta tel 0431 428531 [www.carltonhotel.it](http://www.carltonhotel.it)
- I genitori dovranno compilare e restituire ai coordinatori di classe entro **mercoledì 9 maggio** il modulo allegato in cui segnalare eventuali allergie, intolleranze alimentari, necessità di assumere medicinali. **Si precisa che il modulo andrà riconsegnato anche in assenza di qualunque esigenza.**

Il Dirigente Scolastico

Prof. Giovanni Ballarini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del Decreto legislativo n.39/93

Alla cortese attenzione  
del Dirigente scolastico  
IC Varese 1

I sottoscritti genitori \_\_\_\_\_

Dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Dichiarano che il/la proprio/a figlio/a

Soffre delle seguenti allergie \_\_\_\_\_

Ha le seguenti intolleranze/esigenze alimentari \_\_\_\_\_

Deve assumere i seguenti medicinali \_\_\_\_\_

Altre annotazioni \_\_\_\_\_

Varese,

firma

Alla cortese attenzione  
del Dirigente scolastico  
IC Varese 1

I sottoscritti genitori \_\_\_\_\_

Dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Dichiarano che il/la proprio/a figlio/a

Soffre delle seguenti allergie \_\_\_\_\_

Ha le seguenti intolleranze/esigenze alimentari \_\_\_\_\_

Deve assumere i seguenti medicinali \_\_\_\_\_

Altre annotazioni \_\_\_\_\_

Varese,

firma