



# Liceo Scientifico Statale " A. Pacinotti "

Via Liguria 9 - 09127 - CAGLIARI- tel. 070-490337 / fax 070-480970

Via Brianza: tel. 070-290697

Sito Web <<http://pacinotti.edu.it>>

e-mail: [caps050007@istruzione.it](mailto:caps050007@istruzione.it) pec [caps050007@pec.istruzione.it](mailto:caps050007@pec.istruzione.it)

## ASSENSO DOCENTE RUOLO ACCOMPAGNATORE PER VIAGGIO DI ISTRUZIONE DI PIÙ GIORNI

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Scientifico "Pacinotti" - CAGLIARI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Docente della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

### FORNISCE IL PROPRIO ASSENSO

A ricoprire il ruolo di accompagnatore durante il viaggio di istruzione:

1. Meta: \_\_\_\_\_
2. Periodo ipotizzato: \_\_\_\_\_
3. Classe/i partecipanti: \_\_\_\_\_

### Il sottoscritto, inoltre

### DICHIARA

1. sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste dalla legge per dichiarazioni false o mendaci, di essere a conoscenza che lo svolgimento del servizio suddetto è soggetto all'obbligo della vigilanza sugli alunni previsto dall'art. 2048 del C.C., con l'integrazione di cui all'art. 61 della Legge n. 312/80.
2. Di accettare incondizionatamente l'incarico su una delle qualsiasi date indicate nella richiesta presentata dal consiglio di classe;
3. di essere a conoscenza che parteciperà come accompagnatore solo ad 1 viaggio di istruzione.

Cagliari, \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Firma del Docente

\_\_\_\_\_