



Comunicazione interna n. 218

Grosseto, 26-03-2018

AI GENITORI E AGLI STUDENTI
CLASSI 3^A A - 4^A A - 2^A B - 2^A A TECNICO GRAFICO
PARTECIPANTI AL VIAGGIO D' ISTRUZIONE A MILANO E
SONCINO

Oggetto: **Viaggio Istruzione a MILANO e SONCINO DAL 18 AL 20 APRILE 2018**

Con la presente si comunica che il viaggio d'istruzione a Milano e Soncino si effettuerà dal 18 al 20 aprile 2018, l'importo del viaggio è indicativamente di 170/200 euro calcolato su un numero di 46 studenti paganti.

Si precisa che per coloro che intendono partecipare dovranno versare un anticipo di 100,00€ **entro e non oltre mercoledì 4 aprile 2018** accompagnato dall'autorizzazione firmata.

In caso di mancato raggiungimento del numero minimo previsto non si procederà alla realizzazione del viaggio di istruzione in oggetto.

Si prega di restituire la parte sottostante firmata all' Ufficio Alunni.

Il Dirigente Scolastico
Daniela Giovannini



Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____
sezione _____ di codesto Istituto,

AUTORIZZA

La partecipazione del proprio figlio/a al viaggio d'istruzione sopra descritto, nel periodo dal 18 al 20 aprile 2018 si impegna a pagare **la caparra di € 100,00 entro mercoledì 21 marzo 2018.**

- sul conto corrente postale: **11777588** intestato a: Istituto di Istruzione Superiore Polo Commerciale Artistico Grafico Musicale "Luciano Bianciardi"
- sul conto corrente bancario intestato a: Istituto di Istruzione Superiore Polo Commerciale Artistico Grafico Musicale "Luciano Bianciardi" - **IBAN: IT 20 G 01030 14300 000004550125**

Il saldo verrà restituito nel caso in cui non si raggiunga il numero minimo di partecipanti.

In caso di successiva rinuncia documentata al viaggio, dietro richiesta di rimborso da parte della famiglia potrà essere predisposto il rimborso dell'importo versato fatta eccezione per i costi sostenuti e le eventuali penalità attribuite dall'agenzia organizzatrice.

Si raccomanda di specificare nella causale nome, cognome e classe dello studente.

FIRMA (del genitore) _____



Effective CAF User



Test Center AHKU0001



Consorzio Istituti Professionali
Associati Italiani



Agenzia Formativa
Bianciardi



Agenzia Formativa
accreditata SGS