



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE " VERONA TRENTO"  
I.T.T."VERONA TRENTO" - I.PIA."MAJORANA"  
MEIS027008 IST. D'ISTRUZ. SUPERIORE IITI "VERONA TRENTO"  
MESSINA

Via U. Bassi ls. 148 - Tel. 090.29.34.854 - 090.29.34.070 - Fax 090.69.62.38 [MEIS027008@ISTRUZIONE.IT](mailto:MEIS027008@ISTRUZIONE.IT)  
98123 MESSINA

Circ. 505

I.I.S. "VERONA TRENTO" MESSINA Prot. 0005602 del 27/03/2025 IV-1 (Uscita)
--

Al Personale Docente  
Agli Alunni  
Alle Famiglie  
Presso le proprie SEDI

Oggetto: Viaggio d'istruzione alunni partecipanti alla settimana sportiva di Policoro -Saldo

Si comunica a tutti gli alunni che hanno già versato gli acconti per il suddetto viaggio, lo stesso si terrà da 12 al 16 Maggio. Il costo complessivo del viaggio sarà di 345 euro comprensive spese di trasporto di A/R ( € 30).

Gli studenti che hanno già versato la prima e seconda quota , dovranno effettuare il pagamento del saldo di euro 95,00 su PagoPa-evento, Causale: "Viaggio di istruzione Policoro con Cognome-Nome-Classe e Sezione del proprio figlio/a, entro giorno 14 Aprile 2025.

Per il consenso al viaggio d'istruzione dovrà essere obbligatoriamente compilata l'Autorizzazione.

Gli alunni partecipanti, dovranno consegnare ai docenti di Scienze Motorie:

- Le ricevute di versamento indicanti il nome, il cognome e la classe di appartenenza nonché il proprio recapito telefonico per eventuali altre comunicazioni
- Il documento-autorizzazione per il consenso.
- Certificato medico per attività non agonistiche.

Seguirà circolare per il programma dettagliato del viaggio.

Si allega modulo per allergie e intolleranza

IL Dirigente Scolastico  
Simonetta Di Prima  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3 co. 2 del D. Lgs. n. 39/1993

**Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ genitori di \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_ la  
classe.....

**(Barrare la parte del modulo che interessa)**

**1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:**

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite,
- Altro.....

**2) Fa presente che il proprio figlio/a non è affetto da intolleranze o allergie alimentari**

**3) Fa presente che il proprio figlio/a è affetto dalla seguente patologia  
\_\_\_\_\_ e assume i seguenti farmaci:**

\_\_\_\_\_

**4) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

\_\_\_\_\_

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

.....