



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA
RICERCA**

DIREZIONE REGIONALE PER IL LAZIO

LICEO CLASSICO- LINGUISTICO "M. T. CICERONE"

00044FRASCATI (ROMA) - VIA DI FONTANA VECCHIA2 - TEL. 06-9416530 - FAX 06-9417120

RMPC29000G@PEC.ISTRUZIONE.IT - RMPC29000G -COD. FISC: 84000920581

AUTORIZZAZIONE VISITA GUIDATA

Il/la sottoscritt__ (cognome e nome genitore) _____

genitore/tutore dell'alunn__ (cognome e nome studente/-ssa) _____

iscritt__ alla classe _____ sez. _____ per l'A.A. 20__/_ (e regolarmente frequentante)

DICHIARA

il proprio consenso alla partecipazione dello/a studente/ssa alla visita guidata a (indicare località/itinerario)

_____ organizzata dal Liceo Classico-Linguistico statale

"M. Tullio Cicerone" di Frascati il giorno (indicare la data di svolgimento) _____ dalle ore (indicare orario

di partenza) _____ alle ore (indicare orario di arrivo) _____ -

L'uscita ha un costo di € (indicare la cifra) _____ destinate a (indicare la causate) _____

(data) _____

Firma (leggibile)
