



Viale Resistenza, 3  
44021 Codigoro (FE)  
Cod. mecc. FEIS004001 Cod. Fisc. 82004200380  
Tel. 0533-712164 Fax 0533-712162  
Peo [FEIS004001@istruzione.it](mailto:FEIS004001@istruzione.it)  
Pec [FEIS004001@pec.istruzione.it](mailto:FEIS004001@pec.istruzione.it)  
Sito web <http://www.polocodigoro.edu.it>

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
"G. MONACO DI POMPOSA" – "T. LEVI CIVITA"

ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE E PER GEOMETRI  
Amministrazione, Finanza e Marketing  
Costruzioni, Ambiente e Territorio  
Informatica e Telecomunicazioni  
Meccanica Meccatronica

LICEO SCIENTIFICO  
LICEO LINGUISTICO  
LICEO DELLE SCIENZE UMANE

IIS "GUIDO MONACO DI POMPOSA"  
**Prot. 0000649 del 19/01/2023**  
IV-6 (Uscita)

Agli Studenti della classe 5A LS

Ai Genitori

Ai Docenti

Al Sito Web

**OGGETTO: Viaggio d'istruzione a Vienna — versamento caparra**

Si comunica che dal 12 al 15 APRILE 2023 la classe 5ALS svolgerà l'attività in oggetto.

Docenti accompagnatori: proff.sse Ferretti M. Chiara, Grasso Mariachiara, Vassalli Elisabetta.

**Quota di € 539,00 calcolata sulla partecipazione di n. 28 studenti.**

Se il numero dei partecipanti diminuirà la quota potrà subire un adeguamento.

**La caparra di € 300,00 dovrà essere versata entro e non oltre il 25/01/2023** con modalità informatiche attraverso il servizio Pagonline (Pagamento tramite PagoPA), applicativo integrato con il registro elettronico Scuolanext. Il riscontro dell'avvenuto pagamento dovrà essere consegnato alla Prof.ssa Vassalli Elisabetta entro il 26/01/2023. Altre forme di versamento (esempio: bonifico, bollettino di c.c.p.) non sono consentiti.

Il programma di massima, che verrà comunicato in forma dettagliata al momento del saldo, prevederà le seguenti visite:

-Castello di Schönbrunn - Belvedere Superiore (Galleria di Arte Moderna) - Palazzina della Sezession – Freud Museum - Cattedrale di S.Stefano.

La quota comprende:

- Volo aereo con compagnia RYANAIR da Bologna a Vienna a/r incluso di tasse aeroportuali bagaglio da 23 kg e bagaglio a mano 40x20x35. Tariffe e orari validi al momento del preventivo sono suscettibili di variazioni da parte della compagnia aerea al momento della prenotazione.
- Soggiorno presso hotel 3\*\*\* centrale (*Hotel Allegro* o similare) con trattamento in mezza pensione. Cene in hotel.
- Assicurazione medico bagaglio.

La quota non comprende:

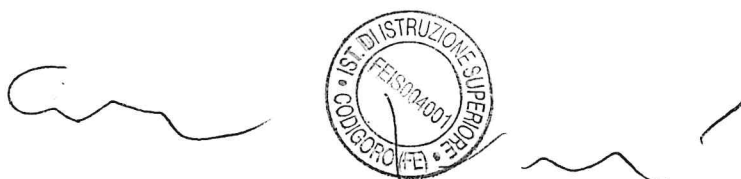
- Trasferimento scuola/aeroporto di Bologna a/r;
- Trasferimento aeroporto di Vienna /hotel a/r;
- Pranzi;
- Bevande a cena;
- Tassa di soggiorno da pagarsi in loco;
- Eventuale cauzione da depositare all'hotel all'arrivo e rimborsabile al termine del soggiorno;

- Ingressi prenotati a musei e luoghi di visita;
- Trasporti per gli spostamenti in città;
- Assicurazione annullamento per malattia;
- Quanto non espressamente indicato nella quota comprende.

Codigoro 19/01/2023

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Carmine Iannicelli

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "IST. DI ISTRUZIONE SUPERIORE" around the top edge, "FEIS004001" in the center, and "CODIGORO (TE)" around the bottom edge. The signature is a cursive, wavy line.

---

**ALLEGATO A: da compilare e restituire alla Prof.ssa Vassalli Elisabetta entro il 26/01/2023**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ comunica di aver preso visione della comunicazione prot. n. 282 del 19/01/2023 relativa al Viaggio di istruzione a Vienna e **AUTORIZZA** la partecipazione del/la proprio/a figlio/a. Nello stesso tempo dichiara di sollevare l'Istituto da ogni responsabilità relativa alle conseguenze dovute a tutto ciò che potrebbe accadere al/alla sopra citato/a alunno/a, sia durante il viaggio di trasferimento che durante il periodo di permanenza nei luoghi prefissati, per ragioni dipendenti dalla volontà dell'alunno/a stesso/a.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma del genitore*

\_\_\_\_\_  
*firma dello studente*

---

**ALLEGATO B: da compilare e restituire alla Prof.ssa Vassalli Elisabetta**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

COMUNICA:

1. ALLERGIE AD ALIMENTI E/O MEDICINE del proprio figlio/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. NR. DI TELEFONO per eventuali comunicazioni dei docenti:  
cell madre/padre (specificare) \_\_\_\_\_  
cell alunno \_\_\_\_\_
3. Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ è a conoscenza che la Scuola è responsabile solo ed esclusivamente per i pasti consumati nei locali espressamente indicati nel programma.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_