ISTITUTO COMPRENSIVO
SCUOLA dell'INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA di 1° GRADO
Via F. Crispi, 25 - 98070 CASTELL'UMBERTO (ME) Tel: 0941 438055 C. F. 95008750838
email: meic83800e@istruzione.itpec: meic83800e@pec.istruzione.it
Sito web: www.iccastellumberto.edu.it

CIRCOLARE N. 97

Castell'Umberto, 13/10/2026

Ai genitori degli alunni
Ai docenti
Classe IIA
Scuola Secondaria Primo grado
Sinagra
Al Sito Web

Oggetto: Circolare n. 13 del 23-04-2026-"Gibellina Capitale Italiana dell'Arte Contemporanea 2026" – II EDIZIONE. Viaggio a Gibellina

Si comunica che gli alunni della classe II A della Scuola Secondaria di Sinagra, partecipanti al Progetto di cui all'oggetto, si richeranno presso il comune di Gibellina nei giorni 27-28 ottobre 2026 per conoscere il patrimonio artistico, storico e culturale del territorio, recentemente insignito dal Ministero della Cultura del titolo di *Capitale italiana dell'Arte Contemporanea 2026.*

La partecipazione alla visita sarà del tutto gratuita, in quanto promossa dall'Assessorato regionale dell'Istruzione e della Formazione della Regione Siciliana nell'ambito del progetto di classe *"Gibellina Capitale Italiana dell'Arte Contemporanea 2026 – II edizione"*.

Programma:

<u>27 OTTOBRE</u>

Partenza da Sinagra

- Partenza prevista alle ore **07:00** da **Sinagra.**
- **Breve sosta** (circa 20 minuti) presso un'area di servizio per utilizzo dei servizi igienici e pausa ristoro.

1ª TAPPA: Gibellina Vecchia

- Arrivo a Gibellina Vecchia alle ore **11.00 ca.**
- Visita guidata all'interno del **Grande Cretto** di Burri (*con guida*).

- Partenza da Gibellina Vecchia alle ore **12.45 ca.**

2ª TAPPA: Passeggiata nel centro di Gibellina Nuova

- Arrivo a Gibellina Nuova alle ore **13:00 ca.**
- **Pranzo al ristorante**
- **Visita guidata** *(con guida*) tra le principali opere e architetture contemporanee del centro urbano (*ad es: Sistema delle Piazze, Chiesa Madre di Ludovico Quaroni, Teatro di Pietro Consagra, Sculture e installazioni varie*).
- **Visita al MAC (Museo d'Arte Contemporanea)** alle ore **16.30 ca**.
- Arrivo in albergo alle ore **18.30 ca.**
- **Cena** in albergo e pernottamento

28 OTTOBRE

1ª TAPPA: Baglio Di Stefano

- Colazione in albergo alle ore **7.30 ca.**
- Partenza in pullman per il Baglio di Stefano alle ore **9.00 ca.**
- Arrivo al Baglio di Stefano (sede del Museo d'Arte Contemporanea) alle ore **9.30 ca**.
- Visita guidata al **Museo delle Trame mediterranee**.
- **Pranzo al ristorante** alle ore **13.00 ca**.

Rientro a Sinagra

- **Partenza** da Gibellina Nuova alle ore **15.00 ca.**
- **Rientro** a Sinagra previsto per le ore **19:00 ca.**

Si allega alla presente l'autorizzazione per la partecipazione al viaggio, il modulo allergie e/o intolleranze alimentari e quello per la somministrazione dei farmaci.

Tali moduli dovranno essere firmati e consegnati alla Prof.ssa Ceraolo Daniela entro giorno 19/10/2026

MARIA
MICELI
13.10.2026
11:26:43
GMT+02:00

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Miceli
Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.L.gs. 82/2005 s.m.s. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
Castell'Umberto

OGGETTO: Circolare n. 13 del 23/04/2026 – "Gibellina Capitale Italiana dell'Arte contemporanea 2026" II EDIZIONE – Contributi per le Istituzioni Scolastiche della Sicilia – Esempio applicativo del D.Lgs. 60/2017 in materia di promozione della cultura e dell'arte nelle scuole.

Autorizzazione Viaggio d'istruzione a Gibellina (TP) – 27/28 ottobre 2026.

I sottoscritti.....genitori dell'alunno/a …….. della classe .....della scuola Secondaria primo grado di …….

- AUTORIZZANO
- NON AUTORIZZANO

la partecipazione del/lla proprio/a figlio/a al **viaggio d'istruzione a Gibellina** previsto nei giorni 27-28 ottobre 2026.

Data ……..

Firme dei genitori

……
……

*Nel caso in cui l'autorizzazione venga firmata da un solo genitore, lo stesso deve firmare la seguente dichiarazione:

"Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA

……

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo di Castell'Umberto

OGGETTO: Dichiarazione allergie e/o intolleranze alimentari

I sottoscritti_____genitori

dell'alunn…_____frequentante la classe_

_____plesso di_____

Ai fini della partecipazione del/la proprio/a figlio/a alle attività programmate che prevedono il consumo di cibo fuori dall'edificio scolastico

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI… FIGLI…(sbarrare l'ipotesi che interessa)

✧ non è affett… da allergie e/o intolleranze alimentari;
✧ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
✧ Presenta allergie ai seguenti farmaci _____

Sono consapevole che tali informazioni potranno essere comunicate ad agenzie di viaggio e/o strutture alberghiere o altri soggetti che dovessero predisporre i pasti in modo da salvaguardare la salute degli alunni.

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno da segnalare _____

_____, lì_____ Firma dei genitori

_____

_____

Nel caso in cui la dichiarazione venga firmato da un solo genitore, lo stesso deve firmare la seguente dichiarazione:

"Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA

_____

AUTORIZZAZIONI ALL'AUTO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN VIAGGIO DI ISTRUZIONE

Genitori dell'alunno/a di seguito identificato/a

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
TELEFONO REPERIBILE	
CLASSE	

AUTORIZZANO

Lo/a stesso/a alla detenzione e all'autosomministrazione del farmaco, in caso di necessità, sotto la vigilanza del/la

DOCENTE accompagnatore della classe nelle modalità e nelle dosi di seguito indicate:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	DOSI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

In caso di antibiotici, antiallergici e farmaci salvavita, alla presente deve essere allegato certificato del medico curante.

Con la presente autorizzazione i sottoscritti genitori dichiarano che il/la figlio/a possiede la maturità necessaria per la custodia e l'autosomministrazione del farmaco, sollevando l'Istituto e i docenti da ogni responsabilità derivante dall'autosomministrazione dei farmaci indicati.

_____ _____

I GENITORI

_____

_____

* Nel caso in cui la dichiarazione venga firmato da un solo genitore, lo stesso deve firmare la seguente dichiarazione:

"Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA

_____