**Nome Scuola/istituto**

**Indirizzo………………………………………………………………………………………………………………..**

**Tel. Fax………………………………………………………………………………………………………………….**

**E mail Scuola/Istituto………………………………………………………………………………………………**

**Codice fiscale istituto ………………………………CIG………………………………COD.Univoco………………...**

**Nome Insegnante referente – cell. ………………………………………………………………………………**

 **Data………**

# **OGGETTO: Conferma uscita didattica al SALGARI CAMPUS**

A seguito dei colloqui intercorsi per visite e moduli riguardanti la/le

Classi \_\_\_\_\_\_\_ n° alunni per classe \_\_\_\_**PROGRAMMA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **MODULO BASE**
* **MODULO ESTESO**

Si confermano **le date e gli orari** degli interventi qui di seguito riportati:

GIORNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ORARIO INIZIO ATTIVITA’ ORE 9.30 – CHIUSURA ORE 16**

**CONTRASSEGNARE IL METODO DI PAGAMENTO PRESCELTO:**

* **Costo concordato EURO A BAMBINO PER IL MODULO BASE € 12,00 + 22% di I.V.A.( MINIMO 230 EURO PER CLASSE)**
* **Costo concordato EURO A BAMBINO PER MODULO ESTESO € 15,00 + 22% di I.V.A.(MINIMO 270 PER CLASSE)**
* **Costo concordato PER LIBERO CONTRIBUTO EURO 12 / 15 SENZA IVA**

## **CLAUSOLE**

**ENTRO LA DATA DELL’INTERVENTO SARA’ RILASCIATA FATTURA, ANCHE IN FORMATO ELETTRONICO, *IN BASE AL NUMERO DEGLI ALUNNI PRENOTATI***

Gli Insegnanti sono pregati di segnalare tempestivamente eventuali sensibili variazioni sul numero dei partecipanti previsti (entro 15gg. dalla data dell’incontro)

**Si ricorda l’ingresso grutuito per gli insegnanti e per 1 HC A CLASSE**

**ALLA PRESENTE PER CONFERMA DEFINITIVA DOVRA’ FAR SEGUITO COMUNICAZIONE TELEFONICA AL 3938609020 – 3356619791 E MODULO CONFERMA SCUOLE FIRMATO PER ACCETAZIONE.**

Si dichiara di avere letto e di accettare le condizioni esplicate nella nota informativa allegata (Visite di istruzione: note per insegnanti e genitori)

Distinti saluti

FIRMA PER ACCETTAZIONE

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **inviare questa pagina via mail a** info@salgaricampus.it **con firma per accettazione.**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SALGARI CAMPUSAssociazioni I.S.A. - Wil-D – Discovery Way –**

 **Sede operativa: C.so Chieri 60 10132 Torino**

**TEL/FAX 011-8196157 - 393-8609020 - 3356619791**