









**Istituto Comprensivo Statale ad indirizzo musicale  
"Agostino Inveges" - Sciacca**

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado  
Via G. Licata, 18 - 92019 SCIACCA (AG) - Tel. 092524544  
Codice MIUR: AGIC86500P - Codice Fiscale 92035720843 - Codice Univoco I7U7C2  
E-mail: agic86500p@istruzione.it - PEC: agic86500p@pec.istruzione.it - Sito web: www.inveges.edu.it

Circ. n. 539

I.C. - "A. INVEGES"-SCIACCA  
Prot. 0004979 del 01/04/2026  
I (Uscita)

Ai docenti coordinatori delle classi prime della SS1°G  
A tutti gli alunni delle classi prime della SS1°G  
Ai genitori/tutori degli alunni delle classi prime della SS1°G  
Al DSGA  
All'Albo/Sito  
Agli Atti  
Alla Bachecca del Registro Elettronico

**Oggetto: Saldo visita guidata a Trapani e Selinunte – anno scolastico 2025/2026.**

Si comunica ai soggetti in indirizzo che la visita guidata a Trapani e Selinunte si svolgerà in due turni, mercoledì 22 e giovedì 23 aprile 2026, come riportato nella tabella seguente:

DATA	CLASSI
22 aprile	1A – 1B – 1F - 1G
23 aprile	1C – 1D – 1E – 1H - 1I

L'importo relativo al **saldo** è fissato in € **19,50**.

La quota di € **3,00**, sarà consegnata al docente coordinatore della classe entro **venerdì 10 aprile**.

Per il resto del saldo, pari a € **16,50**, i genitori/tutori sono tenuti a effettuare il versamento tramite il servizio **PagOnline** entro e non oltre le **ore 12.00 di mercoledì 15 aprile p.v.**, scegliendo una delle seguenti modalità:

- **Tramite PC:** collegandosi al portale *Argo PagOnline* con le credenziali fornite dalla scuola (Codice Scuola, Nome Utente e Password).
- **Tramite App:** utilizzando l'applicazione *didUP Famiglia* e accedendo alla sezione "Pagamenti" dal menu principale.

**Istruzioni per il pagamento:**

Una volta effettuato l'accesso, è necessario:

1. Selezionare l'anno scolastico di riferimento.
2. Individuare nella tabella il contributo denominato **"PAGAMENTO SALDO VISITA GUIDATA A TRAPANI-SELINUNTE - CLASSI PRIME SS1°G"**.
3. Selezionare l'alunno/a interessato/a.
4. Cliccare sul pulsante **"Azioni"** e scegliere tra:

- **Paga Subito:** per il pagamento online immediato (carta di credito, bonifico/home banking, PayPal, Satispay).
- **Produci Avviso:** per scaricare il PDF da pagare fisicamente presso tabaccherie, uffici postali o banche (tramite QR Code o codice IUUV).

A pagamento avvenuto, il sistema genererà la **Ricevuta Telematica (RT)** nella sezione "Pagamenti Effettuati".

**Non è necessario consegnare la ricevuta in Segreteria**, poiché il sistema Argo aggiorna lo stato del pagamento in tempo reale.

**Si consiglia di conservare il documento esclusivamente ai fini delle detrazioni fiscali.**

**Dettagli della quota:**

- **La quota comprende:** viaggio in pullman, guide presso il Museo Pepoli, guide alle Saline, guide a Selinunte, pranzo al ristorante Duca di Castelmonte (TP).

**Allegati alla presente comunicazione:**

1. Autorizzazione dei genitori/tutori al viaggio d'istruzione.
2. Modulo dichiarazione intolleranze/allergie alimentari.

I docenti coordinatori consegneranno i suddetti allegati alla prof.ssa Mistretta entro e non oltre **venerdì 10 aprile 2026**.

I docenti accompagnatori del viaggio saranno uno ogni quindici partecipanti in media.

**Si confida nella massima puntualità.**

La Funzione Strumentale Area 6  
Prof.ssa Silvana Mistretta

**Il Dirigente Scolastico**  
Prof.ssa Maria Angela Croce  
Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD  
e norme ad esso connesse

**Istituto Comprensivo ad Indirizzo musicale "A. Inveges" di Sciacca**

**AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI/TUTORI PER**

**VISITA GUIDATA**

**VIAGGIO D'ISTRUZIONE**

*(Indicare la voce interessata)*

Scuola .....Classe.....sez.....

*Gentile famiglia,*

il Consiglio di Classe, in seguito alla decisione degli Organi collegiali, ha proposto lo svolgimento dell'Uscita di seguito indicata.

Destinazione:
Giorno/i:
Luogo di ritrovo e di rientro:
Insegnanti accompagnatori:
Quota di partecipazione: € _____ Acconto: € _____ Comprensiva di spese di: [ ] Viaggio; [ ] Ingresso teatri/musei; [ ] Pranzo; [ ] Altro

-----  
*(Parte da restituire firmata)*

**AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA**

I sottoscritti genitori (tutori) \_\_\_\_\_, in considerazione degli obiettivi didattico-culturali, presa visione delle modalità di svolgimento dell'Uscita e della quota a carico delle famiglie,

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

la partecipazione del/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ alunno/a della classe \_\_\_\_\_ alla Visita guidata/Viaggio d'istruzione di cui sopra, essendo a conoscenza del fatto che la predetta attività è integrativa alle lezioni.

A tale proposito sottoscrivono tutte le norme che regolano le Visite guidate/Viaggi d'istruzione, in particolare, per quanto riguarda il comportamento degli alunni, la responsabilità per eventuali danni agli articoli relativi alle rinunce al viaggio e le conseguenti applicate dagli Operatori.

**SOLLEVANO**

l'Istituto da ogni responsabilità per danni cagionati dall'alunno/a dovuti a negligenza, imprudenza, inosservanza delle regole di condotta impartite dai docenti accompagnatori.

**INFINE, PRENDONO ATTO CHE,**

in caso di mancata partecipazione del/la proprio/a figlio/a all'attività, l'alunno/a in questione dovrà essere presente a scuola o giustificare l'assenza.

Data \_\_\_\_\_

Firme dei genitori/tutori  
\_\_\_\_\_

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O  
ALLERGIE A FARMACI.**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ esercenti la potestà  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez.  
\_\_\_\_\_.

Tel \_\_\_\_\_,

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

- non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;
- presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione.

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

- non è affetto/a da allergie a farmaci;
- presenta allergie ai seguenti farmaci \_\_\_\_\_

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno/a da segnalare come patologie, insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, asma, etc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_