

R
I
C
H
I
E
S
T
A

D
I

V
I
S
I
T
A

D
I

I
S
T
R
U
Z
I
O
N
E

P
R
E
S
S
O

S
E
D
E

D
E
L

R
I
C
H
I
E
D
E
N
T
E

AL COMANDO DEI VIGILI DEL FUOCO

PALERMO

Il sottoscritto				
e-mail	Cognome		Nome	
nella sua qualità di	Mail ordinaria		Posta Elettronica Certificata	
della	qualifica rivestita (dirigente scolastico, titolare, legale rappresentante, amministratore, etc.)			
con sede in	tipo di scuola o ragione sociale della associazione, ditta, impresa, ente, società			
	via - piazza	n. civico	Comune	telefono

responsabile dell'attività sopra specificata,

CHIEDE

a codesto Comando Provinciale, di poter effettuare una

VISITA DI ISTRUZIONE

in data |__|_|_|, orario da |__:__| a |__:__| presso la sede |_____|
Specificare la sede dell'Istituto/Associazione ove si richiede la visita

DICHIARA CHE

- Gli insegnanti/accompagnatori, in numero pari a, sono incaricati della custodia e vigilanza degli alunni/persone durante la visita.
 - I partecipanti, in numero pari a divisi in n° gruppi/classi, avranno età compresa tra e anni.
 - I partecipanti sono coperti da assicurazione contro gli infortuni e la responsabilità civile verso terzi.
 - Il Comando VV.F. è sollevato da qualsiasi responsabilità in caso di danni a persone/cose che dovessero verificarsi in occasione delle visite.
 - Verranno rispettate le disposizioni del responsabile VV.F. del Comando che effettuerà la visita.
 - I partecipanti o visitatori terranno un comportamento disciplinato e diligente.
 - La sede indicata per la visita è in regola con gli obblighi connessi con l'esercizio dell'attività previsti dalla vigente normativa, nonché i divieti, le limitazioni e le prescrizioni delle disposizioni di prevenzione incendi e di sicurezza antincendio vigenti disciplinanti l'attività medesima ed inoltre per essa la Segnalazione Certificata di Inizio Attività ai fini della sicurezza antincendio (art. 4 del D.P.R. 01/08/2011 n. 151)
- |Non è prevista / E' stata presentata in data / / (Rif pratica n°)|. Barrare la parte non di interesse

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

- La richiesta di visita verrà esaminata dal Comando che prenderà contatti con il referente di questa scuola/ditta/ente

Cognome	Nome	Telefono/indirizzo di posta elettronica

- La visita alla sede sarà effettuata da personale VV.F. appositamente incaricato.
- Il Comando VV.F. Rimini si riserva di modificare o annullare la visita in qualunque momento, in caso di impedimenti dovuti a sopraggiunte esigenze di servizio.
- E' posto il divieto fotografare o fare riprese se non esplicitamente autorizzati.

|Autorizza/Non autorizza| ad effettuare riprese ai fini della video documentazione istituzionale VVF.

Barrare la parte non di interesse

Data

Firma

(Se non firmato digitalmente, allegare copia del documento di identità)