
PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

PARTE A

| Notizie relative all'istituzione scolastica richiedente | | |
|---|-----|---------|
| DENOMINAZIONE ISTITUTO: | | |
| DIRIGENTE SCOLASTICO: | | |
| Indirizzo scuola: | | |
| Tel. | Fax | e-mail: |
| Docente referente | | |
| Nome | | |
| Cognome | | |
| Recapito telefonico: | | |

| Tipo di progetto (barrare la voce che interessa) | |
|--|--|
| Progetto riferito ad allievo attualmente ospedalizzato privo di scuola ospedaliera | |
| Progetto riferito ad allievo già ospedalizzato | |
| Progetto di istruzione domiciliare prestata presso casa/alloggio o casa/famiglia | |
| Se sì, indicare quale | |

| Altre informazioni sul progetto | |
|---|--|
| Il progetto è iniziato nel presente Anno Scolastico | |
| Il progetto prosegue dallo scorso Anno Scolastico | |

| Dati relativi all'alunno per il quale si chiede il servizio scolastico domiciliare: | |
|---|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Indirizzo | |
| Tel. | |

| | | | |
|---|--|---|----|
| Eventuale altro domicilio/residenza Tel. | | | |
| Scuola e classe frequentate | | Deve sostenere l'esame finale Si No | |
| L'alunno è disabile | | Si | No |
| L'alunno è in possesso della certificazione di DSA | | Si | No |
| L'alunno è ricoverato presso una struttura ospedaliera con la scuola in ospedale | | Si | No |
| Indicare l'ospedale in cui è ricoverato | | | |
| Il Consiglio di Classe collabora con i docenti della scuola in ospedale condividendo il progetto didattico/educativo? | | | |
| I docenti del consiglio di classe di appartenenza si recano in ospedale | | Si | No |

PARTE B

| Dati relativi al progetto | | |
|--|--|--------------------------|
| Durata del progetto: | dal | al |
| Delibera del Collegio dei Docenti | Del | |
| Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto | Del | |
| Ore previste di insegnamento domiciliare | Monte ore settimanale: | Monte ore complessivo: |
| Figure professionali coinvolte | Insegnanti del consiglio di classe | <input type="checkbox"/> |
| | Insegnanti dell'istituto di appartenenza | <input type="checkbox"/> |
| | Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza | <input type="checkbox"/> |
| | Insegnanti di scuola in ospedale | <input type="checkbox"/> |
| | Altro | <input type="checkbox"/> |
| Attività di coordinamento previste: | Partecipazione ai consigli di classe | <input type="checkbox"/> |
| | Contatti tra coordinatori | <input type="checkbox"/> |
| | Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> |
| ORE PREVISTE PER PROGETTAZIONE/COORDINAMENTO PROGETTO N. | | |
| MATERIE/AMBITI DISCIPLINARI CHE SI INTENDE ATTIVARE | | |

| | |
|--|--|
| MATERIE: | ORE SETTIMANALI PER MATERIA: |
| LE LEZIONI SI SVOLGONO: | |
| Presso il domicilio dell'alunno <input type="checkbox"/> | Presso altra sede <input type="checkbox"/> Specificare: ... |

| Descrizione sintetica del progetto | |
|---|--|
| Obiettivi generali | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Garantire il diritto allo studio <input type="checkbox"/> Prevenire l'abbandono scolastico <input type="checkbox"/> Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento <input type="checkbox"/> Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente di provenienza <input type="checkbox"/> Sostenere/approfondire lo studio individuale |
| Obiettivi specifici (in relazione alle discipline coinvolte) | <p>In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> |
| Metodologie educative | <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> |
| Metodologie didattiche | <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p> |
| Attività didattiche | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lezioni in presenza <input type="checkbox"/> Lezioni in videoconferenza con la classe e/o con la scuola ospedaliera, sempre con il tutoraggio di un docente anche in forma di didattica cooperativa a distanza con uso di ipermedia (se il domicilio dell'alunno è dotato di strumentazione telematica) <input type="checkbox"/> Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.) <input type="checkbox"/> Altro ... |
| Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didattica | <p>Se sì, quali?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> E-mail, chat <input type="checkbox"/> Forum <input type="checkbox"/> Videoconferenza <input type="checkbox"/> E-learning <input type="checkbox"/> Partecipazione a progetti collaborativi <input type="checkbox"/> Altro... |
| sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | |

Piano per il finanziamento del progetto

n. ore di insegnamento domiciliare

TOTALE COSTO PROGETTO comprensivo degli €
oneri di legge (46,44 €/ora lordo stato)

Altri finanziamenti del progetto

| | Stanziamenti concessi: | Stanziamenti richiesti: |
|---|------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fondo d'Istituto (Legge 440) | € | € |
| <input type="checkbox"/> Fondi pubblici (Comune, Provincia, Regione) | € | € |
| <input type="checkbox"/> Fondi privati (Fondazioni, Enti, volontariato) | € | € |
| <input type="checkbox"/> Altro | € | € |

Contributo finanziario richiesto all'Ufficio €
Scolastico Regionale per la Sicilia

Data

Firma del Dirigente Scolastico

Certificazione da allegare:

1. richiesta della famiglia per l'attivazione del servizio scolastico domiciliare (All. 2)
2. certificazione sanitaria rilasciata dal medico ospedaliero, in cui sia specificata la grave patologia, la prevedibile assenza dalle lezioni per più di 30 giorni, il nulla osta medico all'istruzione domiciliare (All.3).