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  Sì No |
| L’alunno è disabile Sì No | | | | |
| L’alunno è in possesso della certificazione di DSA Sì No | | | | |
| L’alunno è ricoverato presso una struttura ospedaliera con la scuola in ospedale Sì 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 Sì No | | | | |

# Parte B

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati relativi al progetto** | | | | | | | | | | |
| **Durata del progetto**: | | | dal | | | | | al | | |
| **Delibera del Collegio dei Docenti** | N. | | | | | | Del ……………………… | | | |
| **Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto** | N. | | | | | | Del ……………………… | | | |
| **Ore previste di**  **insegnamento domiciliare** | | | Monte ore settimanale: | | | | | Monte ore complessivo: | | |
| **Figure professionali coinvolte** | | | Insegnanti del consiglio di classe  Insegnanti dell’istituto di appartenenza  Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza  Insegnanti di scuola in ospedale  Altro | | | | | | | [] []  []  []  [] |
| **Attività di coordinamento previste:** | | | Partecipazione ai consigli di classe  Contatti tra coordinatori  Altro (specificare) | | | | | | | []  []  [] |
| 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 [] | | | | | | Presso altra sede []  Specificare**: …** | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Descrizione sintetica del progetto** | | | | | | | | | | |
| **Obiettivi generali** | | | * + Garantire il diritto allo studio   + Prevenire l’abbandono scolastico   + Favorire la continuità del rapporto apprendimento- insegnamento   + Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l’ambiente di provenienza   + Sostenere/approfondire lo studio individuale | | | | | | | |
| **Obiettivi specifici**  **(in relazione alle discipline coinvolte)** | | | In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l’attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza   * **…** * **…** * **…** | | | | | | | |
| **Metodologie educative** | | | * **…** * **…** * **…** | | | | | | | |
| **Metodologie didattiche** | | | * **…** * **…** * **…** | | | | | | | |
| **Attività didattiche** | | | * + Lezioni in presenza   + 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)   + Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.)   + Altro … | | | | | | | |
| **Utilizzo delle tecnologie**  **informatiche per la didattica**  sì [] no [] | | Se sì, quali?   * E-mail, chat * Forum * Videoconferenza * E-learning * Partecipazione a progetti collaborativi * Altro… | | | | | | | | |
| **Piano per il finanziamento del progetto** | | | | | | | | | | |
| n. …….. ore di insegnamento domiciliare | | | | | | | | | | |
| **TOTALE COSTO PROGETTO comprensivo degli oneri di legge** | | | | | € | | | | | |
| **Altri finanziamenti del progetto** | | | | | | | | | | |
| * Fondo d’Istituto (Legge 440) * Fondi pubblici (Comune, Provincia, Regione) * Fondi privati (Fondazioni, Enti, volontariato) * Altro | | | | Stanziamenti concessi:  €  €  €  € | | | | | Stanziamenti richiesti:  €  €  €  € | |
| **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).