

## PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

### PARTE A

Notizie relative all'istituzione scolastica richiedente	
Denominazione Istituto:	
Dirigente Scolastico:	
Indirizzo scuola:	
Tel.	e-mail:
Docente referente:	
Recapito telefonico del docente referente:	

Tipo di progetto (mettere una X sulla 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 la casa di residenza, un alloggio temporaneo, la casa-famiglia o un'altra struttura ospitante	
Se il progetto si svolge in domicilio differente dalla casa di residenza, indicare quale	

Altre informazioni sul progetto (mettere una X sulla voce che interessa)	
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	

Eventuale altro domicilio/residenza dove si svolge l'istruzione domiciliare		
<b>Scuola</b> <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria di I grado <input type="checkbox"/> Secondaria di II grado	<b>Classe</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<b>Deve sostenere l'esame finale</b>  <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
L'alunno è disabile		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
L'alunno è in possesso della certificazione di DSA		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
L'alunno è ricoverato presso una struttura ospedaliera con la scuola in ospedale		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Indicare l'ospedale in cui è ricoverato		
Il Consiglio di Interclasse / Classe collabora con i docenti della scuola in ospedale condividendo il progetto		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
I docenti del consiglio di Interclasse / Classe di appartenenza si recano in ospedale		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

## PARTE B

Dati relativi al progetto		
<b>Durata del progetto:</b>	dal	al
<b>Delibera del Collegio dei Docenti</b> N.	Del .....	
<b>Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto</b> N.	Del .....	
<b>Ore previste di insegnamento domiciliare*</b> (compilare la voce che interessa)	N° ore settimanali da svolgere in orario di servizio:	N° ore complessive da svolgere in orario di servizio:
	N° ore settimanali da svolgere oltre l'orario di servizio:	N° ore complessive da svolgere oltre l'orario di servizio:
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<input type="checkbox"/> Insegnanti del Consiglio di Interclasse/Classe <input type="checkbox"/> Insegnanti dell'istituto di appartenenza <input type="checkbox"/> Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza/ Insegnanti di scuola in ospedale <input type="checkbox"/> Insegnante di sostegno <input type="checkbox"/> Altro (ad es. assistente per l'autonomia, etc.) _____	

<b>Attività di coordinamento previste:</b>	<input type="checkbox"/> Partecipazione ai Consigli di Interclasse / Classe integrati <input type="checkbox"/> Contatti tra coordinatori <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<b>MATERIE/AMBITI DISCIPLINARI CHE SI INTENDONO ATTIVARE</b>	
<b>MATERIE:</b>	<b>ORE SETTIMANALI PER MATERIA:</b>

*\*Per gli alunni con disabilità certificata ex lege 104/92, impossibilitati a frequentare la scuola, l'istruzione domiciliare potrà essere garantita dall'insegnante di sostegno, assegnato in coerenza con il progetto individuale ed il piano educativo individualizzato (PEI). Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare, adottate con DM 461/2019*  
Il calcolo del monte ore complessivo viene effettuato moltiplicando il numero di ore settimanali per il numero di settimane previsto all'interno del progetto, escludendo i periodi di interruzione delle attività didattiche già calendarizzati.

<b>Descrizione sintetica del progetto</b>	
<b>Obiettivi generali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garantire il diritto allo studio</li> <li>○ Prevenire l'abbandono scolastico</li> <li>○ Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento</li> <li>○ Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente scolastico di appartenenza e dei pari</li> <li>○ Sostenere/approfondire lo studio individuale e l'accoglienza delle terapie</li> </ul>
<b>Obiettivi specifici (in relazione alle discipline coinvolte)</b>	In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera e della scuola di appartenenza <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> </ul>
<b>Metodologie educative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> </ul>

<b>Metodologie didattiche (specificare anche i criteri di valutazione e autovalutazione relativi al progetto)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> </ul>
<b>Attività didattiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interventi didattici in presenza</li> <li>➤ 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) *</li> <li>➤ Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.)</li> <li>➤ Altro ...</li> </ul> <p>*La progettazione che prevede l'integrazione con la DAD o il suo uso esclusivo va supportata da apposita indicazione inserita all'interno del certificato medico.</p>
<b>Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didattica</b>  sì [ ]                      no [ ]	Se sì, quali?  <input type="checkbox"/> E-mail, chat <input type="checkbox"/> Forum <input type="checkbox"/> Videoconferenza <input type="checkbox"/> E-learning <input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....

<b>Piano per il finanziamento del progetto</b>		
n.....ore di insegnamento domiciliare		
<b>TOTALE COSTO PROGETTO comprensivo degli oneri di legge (secondo CCNL) * **</b>		
	€	
<b>Altri finanziamenti del progetto (non compresi nella richiesta di finanziamento all'USR Sicilia)</b>		
	Stanziam. concessi:	Stanziam. richiesti:
➤ Fondo d'Istituto (Legge 440)	€	€
➤ Fondi pubblici (Comune, Provincia, Regione)	€	€
➤ Fondi privati (Fondazioni, Enti, volontariato)	€	€
➤ Altro	€	€
*Inserire 0 se il progetto non richiede alcun finanziamento all'USR per la Sicilia.		
** Possono essere finanziate soltanto le ore di insegnamento svolte al di fuori dell'orario di servizio; le ore di coordinamento e progettazione non sono da inserire nel piano per il finanziamento del progetto.		

**Certificazione da allegare:**

1. richiesta della famiglia per l'attivazione del servizio scolastico domiciliare;
2. certificazione sanitaria rilasciata dal medico ospedaliero o di struttura pubblica in cui siano specificati: la prevedibile assenza dalle lezioni per almeno 30 giorni con data di inizio e di conclusione; il nulla osta medico all'istruzione domiciliare.

Dichiarazione di conformità:

Con riferimento agli estremi della documentazione di cui ai punti n. 1 e n.2, il sottoscritto Dirigente scolastico dell'Istituto.....dichiara che:

- a) i dati riportati sono corretti e corrispondono a quanto indicato nella documentazione in possesso della scuola;
- b) è a conoscenza delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Data

Il Dirigente scolastico