

## 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 all'alunno/a, studente/studentessa attualmente ricoverato/a in un ospedale privo di scuola ospedaliera	
Progetto riferito all'alunno/a, studente/studentessa già ospedalizzato/a	
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/a, studente/studentessa per il/la quale si chiede il servizio scolastico domiciliare:	
Nome	
Cognome	
Indirizzo	

Eventuale altro domicilio/residenza dove si svolge l'istruzione domiciliare		
Scuola <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria di I grado <input type="checkbox"/> Secondaria di II grado	Classe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Deve sostenere l'esame finale  <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Persona con disabilità		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
L'alunno/a, lo/la studente/ studentessa è in possesso della certificazione di DSA		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
L'alunno/a, lo/la studente/ studentessa è ricoverato/a presso una struttura ospedaliera con la scuola in ospedale		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Indicare l'ospedale in cui è ricoverato/a		
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>Il progetto è inserito nel Piano triennale dell'offerta formativa</b>		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Ore previste di insegnamento domiciliare*</b> (compilare la voce che interessa)	N° ore <i>settimanali</i> da svolgere in orario di servizio: .....	N° ore <i>totali</i> da svolgere in orario di servizio: .....
	N° ore <i>settimanali</i> da svolgere oltre l'orario di servizio: .....	N° ore <i>totali</i> da svolgere oltre l'orario di servizio: .....
<p><i>*Per gli /le alunni/e, studenti/studentesse con disabilità certificata ex lege 104/92, impossibilitati/e 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), senza oneri.</i></p> <p>Secondo le 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.</p>		

<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.) <hr/>
<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>
<b>Descrizione sintetica del progetto</b>	
<b>Obiettivi generali</b>	<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 scolastico di appartenenza e dei pari <input type="checkbox"/> Sostenere/approfondire lo studio individuale e l'accoglienza delle terapie

<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  ➤ ... ➤ ... ➤ ...
<b>Metodologie educative</b>	➤ ... ➤ ... ➤ ...
<b>Metodologie didattiche (specificare anche i criteri di valutazione e autovalutazione relativi al progetto)</b>	➤ ... ➤ ... ➤ ...
<b>Attività didattiche</b>	➤ Interventi didattici in presenza ➤ Lezioni in videoconferenza con la classe, da integrare all'ID, al fine di favorire la continuità relazionale e il mantenimento della socialità nel contesto scolastico ➤ Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.) ➤ Altro ... La progettazione che prevede l'integrazione con la DDI o il suo uso esclusivo <b>può essere attivata solo ed esclusivamente in presenza di una patologia che impedisca la frequenza scolastica e il contatto, anche a casa, con persone esterne al nucleo familiare.</b>
<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</b> comprensivo degli oneri di legge ( €51,09/ora lordo stato)	
	€

**Altri finanziamenti del progetto (non compresi nella richiesta di finanziamento all'USR per la Sicilia)**

	Stanziamenti concessi:	Stanziamenti 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.
3. Informativa privacy, firmata da entrambi i genitori o esercenti la responsabilità genitoriale

**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