

**PROGETTO PER L'ATTUAZIONE DI INTERVENTI DI ISTRUZIONE DOMICILIARE
CON OSPEDALIZZAZIONE IN STRUTTURA CON SCUOLA IN OSPEDALE**

Anno scolastico 2018 - 2019

1. NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA CHE RICHIEDE L'ISTRUZIONE DOMICILIARE

Tipologia Istituto Intestazione

Codice meccanografico

Indirizzo n°

Comune Prov Codice postale

Tel

E-mail

Dirigente

Referente del Progetto che si impegna a coordinare e monitorare il progetto

E-mail del Referente del Progetto

Codice completo Tesoreria dello Stato

Codice Fiscale

Se **Scuola paritaria**, indicare la Banca d'appoggio

L'IBAN

Il compenso orario lordo

DICHIARAZIONE DA PARTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Si dichiara che il Progetto di Istruzione Domiciliare

è stato inserito nel POF

sarà inserito nel POF con approvazione del Collegio dei Docenti nel mese di
ed

è stato approvato dal Consiglio d'Istituto con il cofinanziamento del 50%

sarà approvato dal Consiglio d'Istituto con il cofinanziamento del 50% nel mese di

2. DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome

Codice Fiscale

Nato/a a Il

Residente a Provincia

Via

Ordine e scuola di appartenenza Classe

L'alunno/a è dichiarato disabile?

SÌ

NO

Se è supportato/a dal docente di sostegno SÌ NO

Se sì, indicare numero di ore settimanali _____

Il docente di sostegno è disponibile a recarsi a domicilio dell'allievo? SÌ NO

L'alunno/a è in possesso di certificazione DSA SÌ NO

3. ISTRUZIONE DOMICILIARE

3.A SEDE DI SVOLGIMENTO ISTRUZIONE DOMICILIARE

Domicilio di svolgimento del progetto di ID dell'alunno/a

Comune _____ Prov _____

Richiesta scritta di I.D. da parte dei genitori (Modello G) Sì No

3.B DURATA DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Periodo riportato dal certificato medico (*allegare modello S*)

Dal _____ Al _____

Periodo effettivo di Istruzione domiciliare organizzato dalla scuola di appartenenza dell'alunno/studente

Dal _____ Al _____

Monte ore settimanali _____

Settimane di Istruzione domiciliare (come da calendario scolastico) _____

Monte ore totale previsto _____

3.C PROGETTAZIONE DIDATTICA E RICHIESTA RISORSE

L'alunno è ricoverato in struttura ospedaliera **con sezione di scuola in ospedale**

in modo continuativo dal _____ al _____

per alcuni periodi oppure per terapie durante la settimana

INDICARE

la frequenza in ospedale _____

l'ospedale in cui è ricoverato il/la alunno/a _____

il docente referente della scuola in ospedale _____

Il Consiglio di Classe collabora con i docenti di scuola in ospedale condividendo il progetto didattico / educativo?

SÌ NO. Se no, indicare motivazione _____

Se sì, indicare quali discipline sono a carico dei docenti di scuola in ospedale durante la degenza (indicare periodo) _____

quali discipline sono a carico dei docenti di scuola in ospedale durante la degenza _____

quali discipline sono a carico del CdC della scuola di appartenenza _____

modalità didattiche, di valutazione, tempi della collaborazione condivise

I docenti del CdC della scuola di appartenenza si recano in ospedale?

SÌ

NO

Eventuale nota di chiarimento

Al termine della degenza è previsto un periodo di istruzione al domicilio della/dello studente?

SÌ

NO

Quali discipline sono coinvolte e per quante ore. **N.B. Le eventuali ore on line effettuate durante le lezioni con la classe non prevedono compenso perché effettuate durante l'orario di servizio.**

DOCENTE	DISCIPLINA	IL DOCENTE APPARTIENE AL CdC	N. ORE IN PRESENZA PREVISTE PER L'INTERO PROGETTO (modello OF con firma della famiglia)	N. ORE ON LINE INDIVIDUALI PREVISTE PER L'INTERO PROGETTO IN AGGIUNTA ALL'ORARIO DI SERVIZIO DEL DOCENTE (modello OF con firma del DS)
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
			TOTALE ORE	TOTALE ORE
PREVENTIVO ORE IN PRESENZA E ON LINE INDIVIDUALI*				

* (il totale deve corrispondere al monte ore totale delle ore in presenza di cui al punto 3.B)

La/il referente di progetto si impegna a comunicare All'USR e alla scuola polo se la/lo studente dovrà sostenere l'Esame di stato in istruzione domiciliare o scuola in ospedale

3.D PREVENTIVO

3.D1 Finanziamento richiesto (verranno retribuite solo le ore d'insegnamento effettivamente prestate come da registro personale - modello OF - € **46,45** orari, cifra comprensiva di oneri a carico del dipendente e a carico dell'amministrazione, per insegnamento disciplinare).

Totale complessivo previsto € (ore previste x € 46,45 orari)

Cofinanziamento a carico dell'Istituto (di norma 50%) €

Le scuole paritarie devono indicare nella sezione 1 l'importo orario lordo applicato ai docenti.

3.D2 Strumentazione

Per integrare le ore in presenza di Istruzione domiciliare la scuola chiede

un PC portatile per l'alunno/a **SI** **NO**

un PC portatile per la classe per attivare videoconferenza **SI** **NO**

Per quanto riguarda la richiesta di PC, occorre che un delegato della scuola venga a ritirarli presso la scuola polo previo appuntamento da richiedere al numero 040362604.

Il Dirigente Scolastico