

---

## PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

### PARTE A

Notizie relative all'istituzione scolastica richiedente		
DENOMINAZIONE ISTITUTO:		
DIRIGENTE SCOLASTICO:		
Indirizzo scuola:		
Tel.	Fax	e-mail:

Tipo di progetto (barrare la voce che interessa)	
Progetto riferito ad allievo attualmente ospedalizzato privo di scuola ospedaliera	<input type="checkbox"/>
Progetto riferito ad allievo già ospedalizzato	<input type="checkbox"/>
Progetto di istruzione domiciliare prestata presso casa/alloggio o casa/famiglia	<input type="checkbox"/>
Se sì, indicare quale	<input type="checkbox"/>

Eventuale altro domicilio/residenza Tel.		
Scuola e classe frequentate		Deve sostenere l'esame finale Sì                  No

Altre informazioni sul progetto	
Il progetto è iniziato nel presente Anno Scolastico	<input type="checkbox"/>
Il progetto prosegue dallo scorso Anno Scolastico	<input type="checkbox"/>

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

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

<b>Dati relativi al progetto</b>		
<b>Durata del progetto:</b>	dal	al
<b>Delibera del Collegio dei N. Docenti</b> Del .....		
<b>Delibera del Consiglio di N. Circolo/Istituto</b> Del .....		
<b>Ore previste di insegnamento domiciliare</b>	Monte ore settimanale:	Monte ore complessivo:
<b>Figure professionali coinvolte</b>	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"/>
<b>Attività di coordinamento previste:</b>	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	
<b>Obiettivi generali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garantire il diritto allo studio ○ Prevenire l'abbandono scolastico</li> <li>○ Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento</li> <li>○ Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente di provenienza ○ Sostenere/approfondire lo studio individuale</li> </ul>
<b>Obiettivi specifici (in relazione alle discipline coinvolte)</b>	<p>In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza</p> <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</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>➤ Lezioni 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>
<b>Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didattica</b>	<p>Se sì, quali?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> E-mail, chat</li> <li><input type="checkbox"/> Forum</li> <li><input type="checkbox"/> Videoconferenza</li> <li><input type="checkbox"/> E-learning</li> <li><input type="checkbox"/> Partecipazione a progetti collaborativi</li> <li><input type="checkbox"/> Altro...</li> </ul>
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**

- Fondo d'Istituto (Legge 440)
- Fondi pubblici (Comune, Provincia, Regione)
- Fondi privati (Fondazioni, Enti, volontariato)
- Altro

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

**Certificazione da allegare:**

Stanziamenti concessi:	Stanziamenti richiesti:
€	€
€	€
€	€
€	€
€	

**Data**

**Firma del Dirigente Scolastico**

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).