

**"ISTRUZIONE DOMICILIARE: INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PROGETTAZIONE DI
PERCORSI DI ISTRUZIONE DOMICILIARE PER ALUNNI TEMPORANEAMENTE MALATI."
A.S. 2016/17**

Progetto per l'attuazione di interventi di istruzione domiciliare
inserito nel P.T.O.F. dell'Istituzione Scolastica

NOTIZIE RELATIVE ALL' ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE L' I.D.			
Denominazione			
Dirigente			
Indirizzo			n°
Codice postale	Telefono	Fax	
E-mail		Sito web	
Docente Referente del progetto			
L'Istituzione Scolastica richiedente l'Istruzione Domiciliare ha un proprio Plesso Ospedaliero			SI NO
Se SI indicare			
Docente referente ospedaliero			
Ospedale di riferimento			
Indirizzo			
Codice postale	Telefono	Fax	
E-mail	Sito web		
Numero docenti organico dell'autonomia			
Ore di Potenziamento			

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	

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
Richiesta del genitore dell'alunno
Certificazione sanitaria comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per periodi superiori ai 30 giorni
Progetto formativo dell'alunno inserito nel PTOF
Delibere Collegio Docenti e Consiglio di Istituto
Accantonamento di una somma percentuale del Fondo d'Istituto (50% del progetto)

1. DATI RELATIVI ALL'ALUNNO:

Alunno/a	Cognome e Nome
Dati anagrafici	Nato/a a il Residente a Via
L'alunno/a fruisce delle ore di sostegno	☐ SI ☐ NO
Se sì, indicare ore assegnate	
Scuola e classe di appartenenza	
Sede di svolgimento Istruzione domiciliare	Domicilio temporaneo dell'alunno: Via Comune
Durata del servizio di Istruzione Domiciliare	Dal al.....
Figure professionali coinvolte	Insegnanti del Consiglio di Classe, del potenziamento, del Collegio dei Docenti di questa scuola Cognome e Nome Area/Disciplin Cognome e Nome Area/Disciplin
Ore di insegnamento frontale previste per aree o singole discipline	Monte ore settimanali Totale Materia.....: n° ore/settimana..... Materia.....: n° ore/settimana..... Materia.....: n° ore/settimana..... Materia.....: n° ore/settimana.....
Finanziamento richiesto (verranno retribuite solo le ore d'insegnamento effettivamente prestate) Disponibilità di fondi della scuola Eventuale co-finanziamento richiesto all'Ente locale: (specificare) Eventuale finanziamento esterno diverso dal precedente	Ore d'insegnamento previste : Totale € Euro:.....(indicare l'entità) Euro:.....(indicare l'entità) Euro:.....(indicare l'entità)

2 Descrizione del progetto

Obiettivi generali	a. Garantire il diritto allo studio b. Prevenire l'abbandono scolastico c. Favorire la continuità del rapporto insegnamento-apprendimento d. Mantenere rapporti affettivi con l'ambiente di provenienza e. Altro (specificare)
Obiettivi specifici	<i>In relazione ai contenuti delle aree disciplinari coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza:</i>
Attività didattiche	a. Lezioni in presenza individualizzate e/o semplificate b. Lezioni in videoconferenza con la classe e/o con la scuola ospedaliera, con il tutoraggio di un docente anche in forma di didattica cooperativa a distanza (se il domicilio dell'alunno è dotato di strumentazione telematica) c. monitoraggio degli apprendimenti in presenza e/o in modalità telematica (<i>chat, e-mail, ecc.</i>) d. Altro (specificare)
Metodologie educative	a. relazione socio-affettiva-educativa b. Apprendimento individualizzato c. Apprendimento cooperativo a distanza d. Altro (specificare)
Metodologie didattiche	a. Didattica breve b. Didattica modulare c. Didattica per progetti

- 3 - Attività di verifica e valutazione del progetto:** rendicontazione e relazione in itinere e finale.

DATA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO