PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

PARTE A

Dati della scuola richiedente
DENOMINAZIONE ISTITUTO: **Plesso/Sede:** **Scuola:** **[ ] statale** **[ ] paritaria** **Ordine di scuola per il quale si attiva il progetto:** **[ ] infanzia [ ] primaria [ ] secondaria I grado [ ] secondaria II grado**
DIRIGENTE SCOLASTICO:
Indirizzo scuola:
Tel. Fax e-mail:
IBAN SCUOLA TESORERIA UNICA SCUOLA
Docente referente
Nome
Cognome
Recapito telefonico: Email:

Informazioni sul 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/altra struttura ospitante Se sì, indicare quale:	

Altre informazioni sul progetto	
Il progetto è iniziato nel presente Anno Scolastico	
Il progetto prosegue dallo scorso Anno Scolastico	
La scuola intende richiedere la dotazione tecnologica per l'istruzione a distanza in comodato d'uso gratuito? Si precisa che, in questo caso, la richiesta deve essere inoltrata al centro territoriale di supporto (CTS) competente [ ] SI [ ] NO La scuola intende richiedere consulenza su strumenti e metodologie inclusive all'USR/Scuola polo provinciale di riferimento?	

[ ] SI [ ] NO
La scuola individua i seguenti criteri di valutazione del progetto: - Relativamente agli Apprendimenti …… - Relativamente alla Qualità dell'intervento educativo ……..
Dati relativi all'alunno per il quale si chiede il servizio scolastico domiciliare:

Classe frequentata	Deve sostenere l'esame finale Sì No
L'alunno è disabile Ore di sostegno assegnate:	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 Indicare l'ospedale in cui è ricoverato:	Sì No
Certificato medico emesso da: [ ] ospedale [ ] medico specialista (servizio pubblico) [ ] il certificato medico indica che l'alunno non potrà frequentare la scuola per almeno 30 gg anche non continuativi [ ] la scuola ha acquisito la richiesta della famiglia per l'istruzione domiciliare e la certificazione sanitaria [ ] il progetto di istruzione domiciliare è inserito nel PTOF d'istituto	
Il Consiglio di Classe didattico/educativo collabora con i docenti della scuola in ospedale condividendo, co-progettando e realizzando in totale sinergia il progetto didattico educativo di forte integrazione didattica e di significativa interprofessionalità della presa in carico educativa.	Sì No
Il Consiglio di Classe viene convocato nella composizione integrata, prevedendo la presenza dei docenti della scuola in ospedale e dell'istruzione domiciliare [ ] SI [ ] NO	
I docenti del consiglio di classe di appartenenza si recano in ospedale Se no perché:	Sì No
I docenti del consiglio di classe di appartenenza seguono i percorsi formativi multidisciplinari dedicati, promossi dall'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte e dalle scuole presìdio di Istruzione Domiciliare	Si Di quali discipline …… ……
	No Indicare le motivazioni …… ……

PARTE B

Dati relativi al progetto		
Durata del progetto: dal …… al……		N° settimane……
Delibera del Collegio dei Docenti N. Del …… **Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto** N. Del ……		
Ore previste di insegnamento domiciliare	Monte ore settimanale[1]:	

1 Il monte ore di lezioni è indicativamente di 4/5 ore settimanali per la scuola primaria; 6/7 ore settimanali per la secondaria di primo e secondo grado

Totale numero ore ~~frontali~~ previste per l'intero progetto[2]: di cui: - numero di ore previste utilizzando forme di flessibilità delle risorse umane non a pagamento - numero di ore aggiuntive d'insegnamento previste. ***NB:*** ***Per le modalità di rendicontazione delle ore aggiuntive prestate, per l'erogazione dei finanziamenti seguiranno apposite indicazioni, pubblicate sul sito istituzionale dell'USR Piemonte***		
Figure professionali coinvolte	Insegnanti del consiglio di classe Tutti gli insegnanti del consiglio di classe vengono convolti? In caso di risposta negativa, motivare la scelta …… Insegnanti dell'istituto di appartenenza Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza Insegnanti di scuola in ospedale Altro: specificare	[] [] [] []
Attività di coordinamento previste:	Partecipazione ai consigli di classe integrati Contatti tra coordinatori Altro (specificare)	[] [] []
MATERIE/AMBITI DISCIPLINARI CHE SI INTENDE ATTIVARE		

2 Possono essere richiesti contributi relativi esclusivamente alle ore aggiuntive di insegnamento prestate dai docenti. Non potranno essere assegnati finanziamenti per finalità diverse, quali: ore di programmazione, coordinamento del progetto, ore prestate da educatore comunale, spostamenti per raggiungere la sede dove si svolge l'intervento di ID, acquisto materiali, etc; potrà tuttavia provvedere la scuola con risorse proprie.

MATERIE:	**ORE SETTIMANALI PER MATERIA:**

LE LEZIONI SI SVOLGONO:
[ ] Presenza
[ ] a distanza (in caso di motivato e comprovato impedimento all'istruzione domiciliare in presenza):
[ ] mista

Descrizione sintetica del progetto	
Obiettivi generali	○ Garantire il diritto allo studio ○ Prevenire l'abbandono scolastico ○ Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento ○ Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente scolastico diappartenenza e dei pari ○ Sostenere/approfondire lo studio individuale e l'accoglienza delle terapie
Obiettivi specifici **(in relazione alle discipline coinvolte)**	In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera e della scuola di appartenenza ➢ **…** ➢ **…** ➢ **…**
Metodologie educative	➢ relazione di sostegno (counseling) ➢ apprendimento individualizzato ➢ apprendimento cooperativo a distanza ➢ altro
Metodologie didattiche (specificare anche i criteri di valutazione e autovalutazione relativi al progetto) **Metodologia professionale adottata dal gruppo di lavoro integrato (specificare anche i criteri di valutazione della qualità del lavoro del *team* interprofessionale)**	➢ relazione di sostegno (counseling) apprendimento individualizzato apprendimento cooperativo a distanza ➢ altro ➢ …… ➢ ……
Attività didattiche	➢ Interventi didattici in presenza ➢ 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) ➢ Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat,e-mail, ecc.) ➢ Altro …

Modalità previste di rapporto/collegamento con i compagni di classe: [ ] presenza [ ] canali social [ ] telefono [ ] altro: specificare	
Utilizzo delle tecnologie **informatiche per la didattica** sì [] no []	Se sì, quali? Con che frequenza vengono attivati i collegamenti a distanza con la classe di appartenenza? Qual è la durata prevista di tali collegamenti? □ E-mail, chat □ Forum □ Videoconferenza □ E-learning □ Partecipazione a progetti collaborativi □ Altro…
Eventuali ulteriori informazioni sul progetto di ID	

Piano per il finanziamento del progetto

PREVISIONE ORE PER LE QUALI SI PRESENTERÀ ISTANZA DI FINANZIAMENTO MINISTERIALE

ORE IN PRESENZA DA FINANZIARE:

ORE A DISTANZA DA FINANZIARE:

PREVISIONE ORE NON DA FINANZIARE

ORE IN PRESENZA NON DA FINANZIARE:

ORE A DISTANZA NON DA FINANZIARE

TOTALE COSTO PROGETTO comprensivo degli oneri di legge (51,09 €/ora lordo stato): €

Altri finanziamenti del progetto

	nziamenti concessi :	Stanziamenti richiesti:
➢ Fondo d'Istituto (Legge 440)	€	€
➢ Fondi pubblici (Comune, Provincia, Regione)	€	€
➢ Fondi privati (Fondazioni, Enti, volontariato)	€	€
➢ Altro	€	€

Estremi della documentazione necessaria per l'attuazione del progetto

(La documentazione deve essere conservata agli atti della scuola e disponibile per eventuali controlli predisposti dell'USR Piemonte)

1. **certificazione sanitaria** rilasciata dal medico ospedaliero o da medico specialista del SSN, in cui sia specificata la grave patologia, la prevedibile assenza dalle lezioni per più di 30 giorni, il nulla osta medico all'istruzione domiciliare (tale certificazione deve rimanere esclusivamente agli atti riservati della scuola) riportante i seguenti dati:

Dati che devono essere inseriti nella certificazione sanitaria a cura del Medico del SSN	
Denominazione del presidio sanitario	
Data di rilascio e n. protocollo	
Probabile periodo di assenza per cure	
Esplicita richiesta per l'attivazione del servizio, con indicazione della possibilità di svolgere l'attività didattica presso il domicilio dell'alunna/o	
Firma del medico del reparto/specialista	

2. **richiesta della famiglia** per l'attivazione del servizio scolastico domiciliare (All. 2)

Dichiarazione di conformità

Con riferimento agli estremi della documentazione relativa ai punti 1 e 2, la/il sottoscritto, Dirigente scolastica/o 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 nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.76 D.P.R.445/2000.**

La/Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare all'indirizzo dell'USR se l'alunna/o dovrà sostenere l'Esame di stato presumibilmente in situazione di istruzione domiciliare.

Data

Firma del Dirigente Scolastico