|  |
| --- |
| **PROGETTO PER L’ATTUAZIONE DI INTERVENTI DI ISTRUZIONE DOMICILIARE****CON OSPEDALIZZAZIONE IN STRUTTURA SENZA SCUOLA IN OSPEDALE****O SENZA OSPEDALIZZAZIONE*****Anno scolastico 20…. – 20….*** |

**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 pari a…
* sarà approvato dal Consiglio d’Istituto con il cofinanziamento pari a… 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 C) ⬜ **SÌ** ⬜ **NO**

**3.B DURATA DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

**Periodo riportato dal certificato medico (*allegare modello A o B*)**

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 **senza sezione di scuola in ospedale**  ⬜ **SÌ** ⬜ **NO**

**Se sì**

in modo continuativo dal al

per alcuni periodi oppure per terapie durante la settimana

indicare l’ospedale in cui è ricoverato l’alunno/a

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 E con firma della famiglia)** | **N. ORE ON LINE INDIVIDUALI PREVISTE PER L’INTERO PROGETTO IN AGGIUNTA ALL’ORARIO DI SERVIZIO DEL DOCENTE (modello E con firma del DS)** |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **NO** |       |       |
|       |       | ⬜ **SÌ** ⬜ **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 E - € **46,45** orari, cifra comprensiva di oneri a carico del dipendente e a carico dell’amministrazione, per insegnamento disciplinare).

|  |
| --- |
| **PREVENTIVO DI SPESA** |
|  | n. docenti | n. ore previste | TOTALE |
| **Ore aggiuntive** di insegnamento docenti Importo orario lordo stato € 46.45 |  |  |  |
| **Cofinanziamento** a carico dell’Istituto |  € |

*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 ⬜ **SÌ** ⬜ **NO**

un PC portatile per la classe per attivare videoconferenza ⬜ **SÌ** ⬜ **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 071 204723.

***Il Dirigente Scolastico***