

Carta intestata Istituzione scolastica

Data e protocollo RISERVATO

**Presentazione progetto di Istruzione Domiciliare
A.s. 2022/2023**

DA INVIARE A: UFF3@ISTRUZIONEER.GOV.it

1) DATI DELLA SCUOLA	
CODICE MECCANOGRAFICO:	PROVINCIA:
DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA:	
PLESSO/SEDE	
SCUOLA:	<input type="checkbox"/> STATALE <input type="checkbox"/> PARITARIA
ORDINE DI SCUOLA:	<input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECONDARIA DI I GRADO <input type="checkbox"/> SEC II GRADO
Se Secondaria di II grado:	
<input type="checkbox"/> IST. ISTRUZ. SUPERIORE <input type="checkbox"/> IST. PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> ISTITUTO D'ARTE <input type="checkbox"/> IST. TECNICO <input type="checkbox"/> LICEO	
DOCENTE REFERENTE DEL PROGETTO:	
TELEFONO REFERENTE:	EMAIL REFERENTE:

Carta intestata Istituzione scolastica**Data e protocollo RISERVATO****2) INFORMAZIONI SUL PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

IL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE SI SVOLGERÀ PRESSO:

- DOMICILIO DELL'ALUNNO
- OSPEDALE DOVE NON È ATTIVO IL SERVIZIO SCOLASTICO
- DOMICILIO TEMPORANEO - SPECIFICARE:
- CASA FAMIGLIA CASA ALLOGGIO STRUTTURA RIABILITATIVA
- RESIDENZA PROTETTA ALTRO - SPECIFICARE: _____

IL PROGETTO:

- È INIZIATO NEL CORRENTE A.S. PROSEGUE DALLO SCORSO A.S.

LA SCUOLA INTENDE RICHIEDERE DOTAZIONE TECNOLOGICA PER L'ISTRUZIONE A DISTANZA IN COMODATO D'USO GRATUITO (LA RICHIESTA VA INVIATA AL [CENTRO TERRITORIALE DI SUPPORTO \(CTS\)](#) TERRITORIALMENTE COMPETENTE

LA SCUOLA INTENDE RICHIEDERE CONSULENZA SU STRUMENTI E METODOLOGIE AL [SERVIZIO MARCONI TSI](#) (LA RICHIESTA VA INVIATA TRAMITE COMPILAZIONE DEL [FORM PRESENTE SUL SITO](#)¹)

3) DATI RELATIVI ALL'ALUNNO

INIZIALI COGNOME E NOME DELL'ALUNNO/A:

GENERE DELL'ALUNNO/A:

M F

CLASSE FREQUENTATA:

ORDINE DI SCUOLA:

- PRIMARIA SEC. I GRADO SEC. II GRADO

L'allievo è in condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica di cui alla legge 5 febbraio 1992 n. 104?

- SI NO

ORE SETTIMANALI DI SOSTEGNO ASSEGNATE: _____

L'ALUNNO È STATO RICOVERATO: SI NO

CERTIFICATO MEDICO EMESSO DA:

- OSPEDALE MEDICO SPECIALISTA (SERVIZIO PUBBLICO)

PATOLOGIA DICHIARATA NEL CERTIFICATO:

- 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
- IL PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE È INSERITO NEL PTOF D'ISTITUTO

¹ <http://serviziomarconi.w.istruzioneer.it/contatti-2/>

Carta intestata Istituzione scolastica**Data e protocollo RISERVATO**

DATA PREVISTA DI AVVIO DEL PROGETTO DI ID:	GG/MM/AAAA
DATA PREVISTA DI TERMINE DEL PROGETTO DI ID:	GG/MM/AAAA
DURATA PREVISTA (NUMERO DI SETTIMANE):	_____
NUMERO ORE DI INSEGNAMENTO PREVISTE A SETTIMANA ² :	_____
TOTALE NUMERO ORE FRONTALI ³ PREVISTE PER L'INTERO PROGETTO:	_____ (a)
DI CUI:	
- NUMERO DI ORE PREVISTE UTILIZZANDO <u>FORME DI FLESSIBILITÀ</u> ⁴ DELLE RISORSE UMANE:	_____ (b)
- NUMERO DI <u>ORE AGGIUNTIVE</u> D'INSEGNAMENTO PREVISTE:	_____ (a – b)
<p>NB: Per le modalità di rendicontazione delle ore aggiuntive prestate, per l'erogazione dei finanziamenti seguiranno apposite indicazioni, pubblicate sul sito istituzionale Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna http://istruzioneer.gov.it/tag/scuola-in-ospedale/</p>	
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE (POSSIBILE BARRARE PIÙ' CASELLE):	
<input type="checkbox"/> docenti del Consiglio di Classe/team docente <input type="checkbox"/> docenti di potenziamento <input type="checkbox"/> docenti di sostegno <input type="checkbox"/> altri docenti della scuola <input type="checkbox"/> educatore <input type="checkbox"/> altre figure SPECIFICARE _____	

² 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.

³ 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

⁴ "per gli **alunni con disabilità certificata ex lege 104/92, temporaneamente impossibilitati a frequentare la scuola, l'istruzione domiciliare deve essere garantita attraverso l'utilizzo delle ore di sostegno assegnate in coerenza con il piano educativo individualizzato (PEI)**"- Linee di indirizzo p. 5.2

Carta intestata Istituzione scolastica

Data e protocollo RISERVATO

DESCRIZIONE DEL PROGETTO (IN QUESTA SEZIONE È POSSIBILE INDICARE PIÙ OPZIONI)		
MODALITÀ PREVISTE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DIDATTICI		
<input type="checkbox"/> LEZIONE IN PRESENZA	<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ DIDATTICA A DISTANZA	
STRUMENTI:		
suite educative		
chat		
videochat		
sharing di materiali		
ALTRO: _____		
SHARING - CONDIVISIONE MATERIALI (SPECIFICARE GLI STRUMENTI CHE SI PREVEDE DI UTILIZZARE)		
<input type="checkbox"/> REGISTRO ELETTRONICO	<input type="checkbox"/> GOOGLE CLASSROOM	<input type="checkbox"/> EMAIL
<input type="checkbox"/> GOOGLE DRIVE	<input type="checkbox"/> FOTOCOPIE/APPUNTI CARTACEI/LIBRI	<input type="checkbox"/> ALTRO: _____
MODALITÀ PREVISTE PER LA VERIFICA DEGLI APPRENDIMENTI		
<input type="checkbox"/> IN PRESENZA	<input type="checkbox"/> CON MODALITÀ TELEMATICHE	<input type="checkbox"/> REGISTRO ELETTRONICO
	STRUMENTO UTILIZZATO:	<input type="checkbox"/> GOOGLE CLASSROOM
	<input type="checkbox"/> SKYPE	<input type="checkbox"/> GOOGLE DRIVE
	<input type="checkbox"/> HANGOUT	<input type="checkbox"/> EMAIL
	<input type="checkbox"/> WHATSAPP	<input type="checkbox"/> ALTRO: _____
MODALITÀ PREVISTE DI RAPPORTO/COLLEGAMENTO CON I COMPAGNI DELLA CLASSE		
<input type="checkbox"/> PRESENZA	<input type="checkbox"/> TELEFONO	<input type="checkbox"/> MAIL
<input type="checkbox"/> CANALI SOCIAL	<input type="checkbox"/> ALTRO: _____	
Eventuali ulteriori informazioni sul progetto di ID		

DATA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO