

**Carta intestata Istituzione scolastica**

**Data e protocollo RISERVATO**

**Presentazione progetto di Istruzione Domiciliare  
A.s. 2021/2022**

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](#)<sup>1</sup>)

**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

DATA PREVISTA DI AVVIO DEL PROGETTO DI ID:

GG/MM/AAAA

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

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

DATA PREVISTA DI TERMINE DEL PROGETTO DI ID:	GG/MM/AAAA
DURATA PREVISTA (NUMERO DI SETTIMANE):	_____
NUMERO ORE DI INSEGNAMENTO PREVISTE A SETTIMANA <sup>2</sup> :	_____
TOTALE NUMERO ORE FRONTALI <sup>3</sup> PREVISTE PER L'INTERO PROGETTO:	_____ (a)
DI CUI:	
- NUMERO DI ORE PREVISTE UTILIZZANDO <u>FORME DI FLESSIBILITÀ</u> <sup>4</sup> DELLE RISORSE UMANE:	_____ (b)
- NUMERO DI <u>ORE AGGIUNTIVE</u> D'INSEGNAMENTO PREVISTE:	_____ (a – b)
<p><b>NB:</b> 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 <a href="http://istruzioneer.gov.it/tag/scuola-in-ospedale/">http://istruzioneer.gov.it/tag/scuola-in-ospedale/</a></p>	
<p>FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE (POSSIBILE BARRARE PIÙ' CASELLE):</p> <p><input type="checkbox"/> docenti del Consiglio di Classe/team docente</p> <p><input type="checkbox"/> docenti di potenziamento</p> <p><input type="checkbox"/> docenti di sostegno</p> <p><input type="checkbox"/> altri docenti della scuola</p> <p><input type="checkbox"/> educatore</p> <p><input type="checkbox"/> altre figure SPECIFICARE _____</p>	

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> "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 - in via prioritaria. La scuola organizzerà il servizio ricorrendo prioritariamente a forme di flessibilità delle risorse umane (orario di compresenza dei docenti, risorse disponibili a vario lo etc.) e ricorrerà ad ore aggiuntive, rispetto al normale orario di servizio dei docenti, solo dopo aver verificato la non disponibilità di altre soluzioni

**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 DRIVE	<input type="checkbox"/> GOOGLE CLASSROOM <input type="checkbox"/> FOTOCOPIE/APPUNTI CARTACEI/LIBRI <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
MODALITÀ PREVISTE PER LA VERIFICA DEGLI APPRENDIMENTI	
<input type="checkbox"/> IN PRESENZA	<input type="checkbox"/> CON MODALITÀ' TELEMATICHE
	STRUMENTO UTILIZZATO: <input type="checkbox"/> SKYPE <input type="checkbox"/> HANGOUT <input type="checkbox"/> WHATSAPP
	<input type="checkbox"/> REGISTRO ELETTRONICO <input type="checkbox"/> GOOGLE CLASSROOM <input type="checkbox"/> GOOGLE DRIVE <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
MODALITÀ PREVISTE DI RAPPORTO/COLLEGAMENTO CON I COMPAGNI DELLA CLASSE	
<input type="checkbox"/> PRESENZA <input type="checkbox"/> CANALI SOCIAL	<input type="checkbox"/> TELEFONO <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
	<input type="checkbox"/> MAIL
Eventuali ulteriori informazioni sul progetto di ID	

DATA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO