***Presentazione progetto di Istruzione Domiciliare***

***A.s. 2023/2024***

DA INVIARE A: UFF3@ISTRUZIONEER.GOV.it

| **1) DATI DELLA SCUOLA** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| CODICE MECCANOGRAFICO: | | | COMUNE: | | | PROVINCIA: | |
|  | | |  | | |  | |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA: | | | | | | | |
| PLESSO/SEDE: | | | | | | | |
| SCUOLA: | | | □ STATALE | | | □ PARITARIA | |
| ORDINE DI SCUOLA: | | | | | | | |
| □ PRIMARIA | | | □ SECONDARIA DI I GRADO | | | □ SEC II GRADO | |
| Se Secondaria di II grado: | | | | | | | |
| □ IST.ISTRUZ.SUPERIORE | | □ IST. PROFESSIONALE | | □ IST. TECNICO | | □ LICEO | |
| INDIRIZZO DI STUDI SEGUITO DALL'ALUNNO: | | | | | | | |
| □ IST. PROFESSIONALE | | | □ IST. TECNICO | | | □ LICEO | |
| DOCENTE REFERENTE DEL PROGETTO: | | | | | | | |
| TELEFONO REFERENTE: | | | | EMAIL REFERENTE: | | | |
|  | | | | | | | |
| **2) INFORMAZIONI SUL PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| IL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE SI SVOLGERÀ PRESSO: | | | | | | | |
| □ OSPEDALE DOVE NON È ATTIVO IL SERVIZIO SCOLASTICO  □ DOMICILIO DELL’ALUNNO  □ DIDATTICA A DISTANZA  □ DOMICILIO TEMPORANEO - SPECIFICARE: | | | | | | | |
| □ CASA ALLOGGIO | | □ CASA FAMIGLIA | | □ STRUTT. 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)](https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1OKxHXT5QQaGJ4AJhdMrZEY0hc_w&ll=44.0419611%2C12.609038999999939&z=9) TERRITORIALMENTE COMPETENTE.  □ LA SCUOLA INTENDE RICHIEDERE CONSULENZA SU STRUMENTI E METODOLOGIE AL [SERVIZIO MARCONI](http://serviziomarconi.w.istruzioneer.it/) [TSI](http://serviziomarconi.w.istruzioneer.it/) (LA RICHIESTA VA INVIATA TRAMITE COMPILAZIONE DEL FORM PRESENTE SUL SITO[[1]](#footnote-0)). | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **3) DATI RELATIVI ALL’ALUNNO** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| INIZIALI COGNOME E NOME DELL'ALUNNO/A: \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| GENERE DELL'ALUNNO/A: | | | | | | | |
| □ M | | | | □ F | | | |
| CITTADINANZA | | | | | | | |
| □ ITALIANA | | | | □ NON ITALIANA | | | |
| L'ALUNNO E' DI NAZIONALITA' UCRAINA? □ SI □ NO | | | |
| 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[[2]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| L'ALUNNO È STATO RICOVERATO: □ SI □ NO | | | | | | | |
| CERTIFICATO MEDICO EMESSO DA: | | | | | | | |
| □ OSPEDALE | | | | □ MEDICO SPECIALISTA (SERVIZIO PUBBLICO) | | | |
| PATOLOGIA DICHIARATA NEL CERTIFICATO: …………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | |
| **SEZIONE DA COMPILARE SPUNTANDO LE VOCI INDICATE**  **□** 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 | | | | | | | |
| DATA PREVISTA DI TERMINE DEL PROGETTO DI ID: GG/MM/AAAA | | | | | | | |
| DURATA PREVISTA (NUMERO DI SETTIMANE): n. settimane \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| NUMERO ORE A SETTIMANA DI INSEGNAMENTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE PREVISTE: n. ore \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **TOTALE NUMERO ORE DI ISTRUZIONE DOMICILIARE PREVISTE PER L’INTERO PROGETTO**  (= numero settimane X numero ore a settimana): tot n. ore \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| PREVISIONE ORE PER LE QUALI SI PRESENTERÀ ISTANZA DI **FINANZIAMENTO** MINISTERIALE[[3]](#footnote-2) | | | | PREVISIONE ORE **NON** DA FINANZIARE | | | |
| **ORE IN PRESENZA**  **DA FINANZIARE** | | **ORE A DISTANZA**  **DA FINANZIARE** | | **ORE IN PRESENZA**  **NON DA FINANZIARE** | | **ORE A DISTANZA**  **NON DA FINANZIARE** | |
| \_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_ | |
| **TOT ORE DA FINANZIARE** \_\_\_\_\_\_ | | | | **TOT ORE NON DA FINANZIARE** \_\_\_\_\_\_ | | | |
| EVENTUALI FINANZIAMENTI ESTERNI: \_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |
| MODALITA' DIDATTICA (POSSIBILE SELEZIONARE PIU' OPZIONI): | | | | | | | |
| **□ in presenza**  **in rapporto 1 a 1** | | **□ in modalità a distanza**  **in rapporto 1 a 1** | | | **□ in collegamento a distanza**  **con la classe** | | |
| L'ALUNNO/A SOSTERRA' GLI ESAMI A DOMICILIO □ SI □ NO | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE (POSSIBILE BARRARE PIÙ CASELLE): | | | | | | | |
| □ docenti del Consiglio di Classe/team docente  □ docenti di potenziamento  □ docenti di sostegno  □ altri docenti della scuola  □ educatore  □ altre figure SPECIFICARE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DESCRIZIONE DEL PROGETTO**  **(IN QUESTA SEZIONE È POSSIBILE INDICARE PIÙ OPZIONI)** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| MODALITÀ PREVISTE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DIDATTICI | | | | | | | |
| □ LEZIONE IN PRESENZA | | | | □ ATTIVITÀ’ DIDATTICA A DISTANZA  STRUMENTI:  □ suite educative  □ chat  □ videochat  □ sharing di materiali  □ ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| SHARING - CONDIVISIONE MATERIALI (SPECIFICARE GLI STRUMENTI CHE SI PREVEDE DI UTILIZZARE) | | | | | | | |
| □ REGISTRO ELETTRONICO  □ GOOGLE DRIVE | | | □ GOOGLE CLASSROOM  □ FOTOCOPIE/APPUNTI CARTACEI/LIBRI | | | □ EMAIL  □ ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| MODALITÀ PREVISTE PER LA VERIFICA DEGLI APPRENDIMENTI | | | | | | | |
| □ IN PRESENZA | | □ CON MODALITÀ’ TELEMATICHE  STRUMENTO UTILIZZATO:  □ SKYPE  □ HANGOUT  □ WHATSAPP | | | □ REGISTRO ELETTRONICO  □ GOOGLE CLASSROOM  □ GOOGLE DRIVE  □ EMAIL  □ ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| MODALITÀ PREVISTE DI RAPPORTO/COLLEGAMENTO CON I COMPAGNI DELLA CLASSE | | | | | | | |
| □ PRESENZA  □ CANALI SOCIAL | | | □ TELEFONO  □ ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | □ MAIL | |
| Eventuali ulteriori informazioni sul progetto di ID | | | | | | | |

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**(autografa/digitale ovvero firma sostituita)**

1. [*http://serviziomarconi.w.istruzioneer.it/contatti-2/*](http://serviziomarconi.w.istruzioneer.it/contatti-2/) [↑](#footnote-ref-0)
2. “*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](https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+di+indirizzo+nazionali+%28formato+pdf%29.pdf/1b619d68-ad9b-12ae-2865-f1774ed7dcfc?version=1.0&t=1560340286448) p. 5.2 [↑](#footnote-ref-1)
3. Il monte ore di lezioni in istruzione domiciliare è indicativamente di 4/5 ore settimanali per la scuola primaria; 6/7 ore settimanali per la secondaria di primo e secondo grado. 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, ore svolte in orario di servizio, etc. [↑](#footnote-ref-2)