

Carta intestata Istituzione scolastica

Data e protocollo RISERVATO

**Presentazione progetto di Istruzione Domiciliare
A.s. 2024/2025**

DA INVIARE A: **drer.ufficio3@istruzione.it**

1) DATI DELLA SCUOLA

CODICE MECCANOGRAFICO:	COMUNE:	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"/> IST. TECNICO	<input type="checkbox"/> LICEO
INDIRIZZO DI STUDI SEGUITO DALL'ALUNNO:			
<input type="checkbox"/> IST. PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> IST. TECNICO	<input type="checkbox"/> LICEO	
DOCENTE REFERENTE DEL PROGETTO:			
TELEFONO REFERENTE:	EMAIL REFERENTE:		

2) INFORMAZIONI SUL PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

IL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE SI SVOLGERÀ PRESSO:			
<input type="checkbox"/> OSPEDALE DOVE NON È ATTIVO IL SERVIZIO SCOLASTICO			
<input type="checkbox"/> DOMICILIO DELL'ALUNNO			
<input type="checkbox"/> DIDATTICA A DISTANZA			
<input type="checkbox"/> DOMICILIO TEMPORANEO - SPECIFICARE:			
<input type="checkbox"/> CASA ALLOGGIO	<input type="checkbox"/> CASA FAMIGLIA	<input type="checkbox"/> STRUTT. RIABILITATIVA	<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA
<input type="checkbox"/> ALTRO - SPECIFICARE: _____			
IL PROGETTO:			

Carta intestata Istituzione scolastica

Data e protocollo RISERVATO

<input type="checkbox"/> È INIZIATO NEL CORRENTE A.S.	<input type="checkbox"/> PROSEGUE DALLO SCORSO A.S.
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> LA SCUOLA INTENDE RICHIEDERE CONSULENZA SU STRUMENTI E METODOLOGIE AL SERVIZIO MARCONI TSJ (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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CITTADINANZA: <input type="checkbox"/> ITALIANA <input type="checkbox"/> NON ITALIANA L'ALUNNO È DI NAZIONALITA' UCRAINA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CLASSE FREQUENTATA:
ORDINE DI SCUOLA: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SEC. I GRADO <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ORE SETTIMANALI DI SOSTEGNO ASSEGNATE ² :
L'ALUNNO È STATO RICOVERATO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CERTIFICATO MEDICO EMESSO DA: <input type="checkbox"/> OSPEDALE <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA (SERVIZIO PUBBLICO)
PATOLOGIA DICHIARATA NEL CERTIFICATO:

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

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](#) p. 5.2

Carta intestata Istituzione scolastica

Data e protocollo RISERVATO

<u>SEZIONE DA COMPILARE SPUNTANDO LE VOCI INDICATE</u>			
<input type="checkbox"/> <u>IL CERTIFICATO MEDICO INDICA CHE L'ALUNNO NON POTRÀ FREQUENTARE LA SCUOLA PER ALMENO 30 GG ANCHE NON CONTINUATIVI</u>			
<input type="checkbox"/> <u>LA SCUOLA HA ACQUISITO LA RICHIESTA DELLA FAMIGLIA PER L'ISTRUZIONE DOMICILIARE</u>			
<input type="checkbox"/> <u>IL PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE È INSERITO NEL PTOF D'ISTITUTO</u>			
<p>Le voci indicate in questa sezione rappresentano requisito indispensabile per l'attivazione di un progetto di ID, pertanto, qualora venisse a mancare una delle spunte, non è prevista l'assegnazione di risorse ministeriali</p>			
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) <input type="checkbox"/> tot n. ore _____			
PREVISIONE ORE PER LE QUALI SI PRESENTERÀ ISTANZA DI FINANZIAMENTO MINISTERIALE ³		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 (SOMMA ORE IN PRESENZA E ORE A DISTANZA) _____		TOT ORE NON DA FINANZIARE (SOMMA ORE IN PRESENZA E ORE A DISTANZA) _____	
EVENTUALI FINANZIAMENTI ESTERNI: _____			
MODALITA' DIDATTICA (POSSIBILE SELEZIONARE PIU' OPZIONI):			
<input type="checkbox"/> in presenza <input type="checkbox"/> in modalità a distanza <input type="checkbox"/> in collegamento a distanza			

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.

Carta intestata Istituzione scolastica

Data e protocollo RISERVATO

in rapporto 1 a 1	in rapporto 1 a 1	con la classe
L'ALUNNO/A SOSTERRA' GLI ESAMI A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> LEZIONE IN PRESENZA	<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ' DIDATTICA A DISTANZA STRUMENTI: <input type="checkbox"/> suite educative <input type="checkbox"/> chat <input type="checkbox"/> videochat <input type="checkbox"/> sharing di materiali <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
--	---

SHARING - CONDIVISIONE MATERIALI (SPECIFICARE GLI STRUMENTI CHE SI PREVEDE DI UTILIZZARE)

REGISTRO ELETTRONICO GOOGLE CLASSROOM EMAIL

GOOGLE DRIVE FOTOCOPIE/APPUNTI CARTACEI/LIBRI 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"/> REGISTRO ELETTRONICO <input type="checkbox"/> GOOGLE CLASSROOM <input type="checkbox"/> GOOGLE DRIVE <input type="checkbox"/> EMAIL ALTRO: _____
--------------------------------------	---	---

Carta intestata Istituzione scolastica

Data e protocollo RISERVATO

	<input type="checkbox"/> WHATSAPP	
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 _____

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO
(autografa/digitale ovvero firma sostituita)