



**MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della
RICERCA**

ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES** (Oristano) Tel. 0783/91601 – FAX
0789/998061

NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Denominazione

Plesso

Indirizzo

CAP

Telefono

E-mail

Dirigente

NOTIZIE RELATIVE ALLA SPECIFICA RICHIESTA DI I.D.

Codice identificativo dell'alunna/o: _____

NB: NON inserire dati personali

Iscritto alla classe

Classe _____

Ordine e grado scolastico _____

<i>Periodo di assenza previsto</i>	<i>Ricoveri in ospedale pregressi</i>	<i>Istruzione domiciliare precedente</i>	
	<i>Dalal.....</i>	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
	<i>Dalal.....</i>	<i>Anno scolastico.....</i>	
	<i>Dalal.....</i>		
<i>Dal al..... Totale giorni.....</i>			
<i>Totale mesi</i>			

NOTIZIE RELATIVE ALLA PARTE EDUCATIVO- DIDATTICA

Per la parte educativo-didattica

La scuola ha predisposto già nel PTOF un progetto di Istituto di Istruzione domiciliare

SI

NO

Organo collegiale elaborante

delibera del team docente/consiglio di classe del

Organo collegiale elaborante

delibera del collegio dei docenti del

Per la parte amministrativo contabile	
Organo collegiale elaborante	
delibera del consiglio di istituto del	

Durata prevista del progetto	
dal.....al.....	N° settimane.....

<i>Attività didattica presso il domicilio dell'alunna/o</i>		
<i>N°</i>	<i>Discipline ed educazioni</i>	<i>n. ore settimanali</i>
<i>Attività di didattica a distanza (in caso di impedimento all'istruzione domiciliare in presenza)</i> <i>Specificare la modalità:</i> <i>Attività didattica a distanza con la classe <input type="checkbox"/></i> <i>Interventi individualizzati a distanza <input type="checkbox"/></i>		
<i>N°</i>	<i>Discipline ed educazioni</i>	<i>n. ore settimanali</i>

<i>Riepilogo finanziario ore aggiuntive</i>		
<i>N° risorse umane</i>	<i>N° totale ore impegno</i>	<i>Totale Euro</i>
<i>Finanziamento a carico dei fondi di istituto</i>		<i>..... Euro</i>
<i>Contributo richiesto all'U.S.R.</i>		<i>..... Euro</i>

*Estremi della documentazione necessaria per l'attuazione del progetto
(La documentazione deve essere conservata agli atti della scuola e disponibile per eventuali
controlli predisposti dell'USR-Sardegna)*

1. **Certificazione sanitaria** comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per un periodo pari o superiore ai 30 gg (tale certificazione deve rimanere esclusivamente agli atti riservati della scuola)

2.

	Riportare i dati inseriti nella certificazione	
<i>Denominazione del presidio sanitario</i>		
<i>Data di rilascio e n. protocollo</i>		
<i>Periodo di assenza per cure</i>	<i>dal</i>	<i>al</i>
<i>Esplicita richiesta per l'attivazione del servizio, con indicazione della possibilità di svolgere l'attività didattica presso il domicilio dell'alunna/o</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Firma del medico del reparto</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

3. **Richiesta** di Istruzione Domiciliare da parte della **famiglia** dell'alunna/alunno (tale certificazione deve rimanere esclusivamente agli atti riservati della scuola)

	Riportare i dati inseriti nella domanda	
<i>Data di presentazione della domanda e n. protocollo</i>		
<i>Esplicita richiesta per l'attivazione del</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<i>servizio</i>		
Firma dei genitori	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Dichiarazione di conformità

Con riferimento agli estremi della documentazione relativa ai punti 1 e 2, la/il sottoscritto,
Dirigente scolastica/o dell'Istituto _____ dichiara che:

- a. **i dati riportati sono corretti e corrispondono a quanto indicato nella documentazione in possesso della scuola,**
- b. **è a conoscenza delle sanzioni previste nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.76 D.P.R.445/2000.**

La/Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare all'indirizzo dell'USR drsa@postacert.istruzione.it se l'alunna /o dovrà sostenere l'Esame di stato presumibilmente in situazione di istruzione domiciliare.

Firma _____

Documenti allegati

1. Progetto didattico del percorso educativo personalizzato con l'indicazione degli standard minimi che si intendono raggiungere, delle attività a domicilio e delle modalità di valutazione programmate.
2. Scheda del piano finanziario

Data _____

Il Dirigente Scolastico



MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES** (Oristano) Tel. 0783/91601 – FAX 0789/998061

PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

SCUOLA PRIMARIA SCUOLA SECONDARIA I grado

A.S. _____

1. ISTITUZIONE SCOLASTICA: _____

Codice meccanografico: _____

Indirizzo: _____

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: _____

N. telefono del Referente del Progetto _____

2. DATI RELATIVI ALL'ALUNNO (non indicare dati personali)

Codice: _____ **(NON inserire codice SIDI)**

Scuola di appartenenza: _____

Classe e ordine/grado di scuola _____

L'alunno è in situazione di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92? SÌ NO

È supportato dal docente di sostegno SÌ NO

Se sì, indicare numero di ore settimanali. _____

L'alunno è ricoverato in struttura con sezione di Scuola in ospedale SI periodicamente NO

Il Team docente/Consiglio di Classe collabora con i docenti di Scuola in ospedale condividendo il progetto didattico / educativo? SÌ NO

3. ISTRUZIONE DOMICILIARE

3.A. ISTRUZIONE DOMICILIARE CON PRESENZA DEI DOCENTI PRESSO IL DOMICILIO
DELL'ALUNNA/O

Domicilio dell'alunno

Comune _____ Prov _____

Richiesta scritta di I.D. da parte dei genitori SÌ No

3. B. ISTRUZIONE DOMICILIARE A DISTANZA CON INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI (per
specifiche esigenze derivate dallo stato di salute o da altre comprovate motivazioni)

Motivazioni: _____

3. C ISTRUZIONE DOMICILIARE IN PRESENZA ED A DISTANZA (per specifiche esigenze derivate
dallo stato di salute o da altre comprovate motivazioni)

Motivazioni: _____

DURATA DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Dal _____ al _____

Periodo effettivo di Istruzione domiciliare organizzato dalla scuola di appartenenza dell'alunno/studente dal _____ al _____ Monte ore settimanali (in base alle indicazioni contenute nella nota USR Sardegna) _____

Settimane di Istruzione domiciliare _____

Totale n° ore di lezione previste di cui:

- n° di didattica in presenza
- n° di didattica a distanza (di cui n° con la classe e n° di interventi individualizzati)

(si propongono i seguenti punti da sviluppare, eventualmente da modificare/integrare secondo le esigenze rilevate)

FINALITÀ del Progetto

OBIETTIVI EDUCATIVO/FORMATIVI

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO DISCIPLINARI E TRASVERSALI

METODOLOGIE e STRUMENTI

MODALITÀ DI VERIFICA

DOCENTI COINVOLTI

ALTRE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA' CON LA FAMIGLIA

IL TEAM DOCENTE/ CONSIGLIO DELLA CLASSE _____

DISCIPLINA	FIRMA DOCENTE

Luogo e data

Il Referente del Progetto

Il Dirigente Scolastico

I Genitori

IL PRESENTE PROGETTO VIENE APPROVATO NELLA SEDUTA
DEL _____

N. VERBALE _____