“Istruzione domiciliare: Indicazioni operative per la progettazione di percorsi di istruzione domiciliare per alunni temporaneamente malati.”

A.S. 202\_/2\_

### Progetto di Istruzione domiciliare

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOTIZIE RELATIVE ALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE l’I.D. | | | | | | | |
| **Codice meccanografico** | | | **Ambito** | **Distretto** | | | |
| **Denominazione** | | | | | | | |
| **□ PRIMARIA □ SEC. I GRADO □ SEC. II GRADO** | | | | | | | |
| **Dirigente Scolastico** | | | | | | | |
| **Telefono** | **E-mail** | | | | **Sito web** | | |
| **Docente Referente del progetto** | | **Telefono** | | | | | |
| **L’Istituzione scolastica richiedente l’Istruzione Domiciliare ha un proprio Plesso Ospedaliero?** | | | | | | **si** | **no** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAZIONI SUL PROGETTO** | |
| **Tipo di progetto** (barrare la voce che interessa) | |
| Progetto riferito ad allievo attualmente ospedalizzato privo di scuola ospedaliera |  |
| Progetto riferito ad allievo già ospedalizzato |  |
| Progetto di istruzione domiciliare prestata presso casa/alloggio o casa/famiglia  Se sì, indicare quale: …………………………………………………………………………………………………. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE AL PROGETTO** | | |
| Richiesta del genitore dell’alunno | |  |
| Certificazione sanitaria comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per periodi superiori ai 30 giorni | |  |
| Progetto/Protocollo d’inclusione per gli alunni malati inserito nel PTOF | |  |
| Delibere Collegio Docenti e Consiglio di Istituto |  | |
| Documentazione dell’accantonamento di una somma percentuale del Fondo d’Istituto |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI RELATIVI ALL’ALUNNO** | |
| **Alunno/a** | Cognome e Nome |
| **Dati anagrafici** | Nato/a a il |
| **L’alunno/a fruisce delle ore di sostegno** | **□** SI **□** NO |
| **Se si, indicare ore assegnate** |  |
| **Classe e Sez. di appartenenza** |  |
| **Sede di svolgimento Istruzione domiciliare** | Domicilio temporaneo dell’alunno:  Via  Comune |
| **Durata del servizio di Istruzione Domiciliare** | Dal …………………... al ……………………..…… |
| **Figure professionali coinvolte** | Insegnanti del Consiglio di Classe/team docenti, del potenziamento, del Collegio dei Docenti di questa scuola  Cognome e Nome  Area/Disciplina  Cognome e Nome  Area/Disciplina |
| **Ore di insegnamento frontale previste per aree o singole discipline** | Monte ore settimanali ………..  Disciplina/area ………………..:n. ore/settimana……….  Disciplina/area ………………..:n. ore/settimana………..  Disciplina/area ………………..:n. ore/settimana………..  Disciplina/area ………………..:n. ore/settimana…………  Monte ore frontali intero progetto: ……… |
| **Finanziamento accantonato dalla SCUOLA nel FIS per ore frontali a domicilio** | **Totale ore frontali**: |
| **Finanziamento accantonato dalla Scuola per eventuale coordinamento o incentivo per flessibilità o lezioni a domicilio del docente in orario di servizio** | **Totale ore aggiuntive funzionali all’insegnamento:** |
| **Finanziamento richiesto al Miur per ore frontali a domicilio** | **Totale ore:** |
| **Eventuale co-finanziamento richiesto all’Ente locale:** (Specificare Ente) | **Totale ore:** |
| **Eventuale finanziamento esterno diverso dal precedente** | **Totale ore:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE DEL PROGETTO** | |
| **Obiettivi generali** | a. Garantire il diritto allo studio  b. Prevenire l’abbandono scolastico  c. Favorire la continuità del rapporto insegnamento-apprendimento  d. Mantenere rapporti affettivi con l’ambiente di provenienza  e. Altro (specificare) |
| **Obiettivi specifici** | [*In relazione ai contenuti delle aree disciplinari coinvolte e in continuità con l’attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza*] |
| **Attività didattiche frontali e sincrone** | * Lezioni in presenza individualizzate e/o semplificate a domicilio * Lezioni in videoconferenza con la classe e/o con la scuola ospedaliera, con il tutoraggio di un docente anche in forma di didattica cooperativa a distanza (*se il domicilio dell’alunno è dotato di strumentazione telematica*) * Chat con il tutor o con il gruppo classe * monitoraggio degli apprendimenti in presenza e/o in modalità telematica (*chat, e-mail, ecc.*) * Altro (specificare) |
| **Attività didattiche asincrone** | Utilizzo di funzionalità multimediali che non prevedono il contemporaneo collegamento di docenti e discenti, né degli stessi discenti tra loro (unità didattiche multimediali per piattaforme e-learning) |
| **Metodologie educative** | * relazione socio-affettiva-educativa * Apprendimento individualizzato * Apprendimento cooperativo a distanza * Altro (specificare) |
| **Metodologie didattiche** | * Didattica breve * Didattica modulare * Didattica per progetti |
| **Verifica e valutazione** | Attività di verifica e valutazione del progetto**:** rendicontazione e relazione in itinere e finale. |

***DATA IL DIRIGENTE SCOLASTICO***