#

# Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca

**Ufficio Scolastico Regionale per la Campania**

**Direzione Generale**

**PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

**ANNO SCOLASTICO 20 /20\_\_\_**

**Richiesta di finanziamento da inviare a:**

# *U.S.R per la Campania - Ufficio III, Via Ponte della Maddalena, 55 – 80142  Napoli* *–paola.guillaro@istruzione.it*

# *Scuola Polo Regionale 17° C.D. “Angiulli”,  Piazza M. Pagano,1 – 80137 Napoli –* *naee01700c@istruzione.it*

|  |
| --- |
| **NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE** |
| Denominazione IstitutoDirigente Scolastico Indirizzo scuola Tel. Fax e-mail  |
| Docente referente: Nome: Cognome: Recapito telefonico:  |

**Parte A**

|  |
| --- |
| **DATI RELATIVI ALL'ALUNNO PER IL QUALE SI CHIEDE IL SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE:**  |
| **Nome**  |  |
| **Cognome**  |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Tel** | . |
| **Eventuale altro domicilio/residenza** |  |
| **Tel** |  |
| **Scuola e classe frequentate** |  |
| **A.O. che ha rilasciato la certificazione sanitaria** |  |

**Parte B**

|  |
| --- |
| **DATI RELATIVI AL PROGETTO** |
| Delibera del Collegio dei Docenti | N° | Del ……………………… |
| Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto | N° | Del ……………………… |
| Durata del progetto: | dal........................... | al............................ |
| Ore previste diinsegnamento domiciliare  | Monte ore settimanale**…………………….** | Monte ore complessivo**………………………** |
| Figure professionali coinvolte | * N° Insegnanti del consiglio di classe \_\_\_\_\_\_
* N° Insegnanti dell'Istituto di appartenenza \_\_\_\_\_\_
* N° Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza \_\_\_\_\_\_
* N° Insegnanti di scuola in ospedale \_\_\_\_\_\_
 |
| Attività di coordinamento previste: | * Partecipazione ai consigli di classe
* Contatti tra coordinatori
* Altro.........................................
 |
| Programmi d’intervento definiti di concerto con l’A.O. che ha rilasciata la certificazione sanitaria | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **MATERIE/DISCIPLINE CHE SI INTENDE ATTIVARE** |
| Materie:*elencare le materie/discipline e le ore settimanali e complessive* | **materie/aree disciplinari** | **ore settimanali** | **ore complessive**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Le lezioni si svolgono :** |
| Presso il domicilio dell'alunno [ ] | Presso altra sede [ ] Specificare:..........................................................................................................................................................  |
| **DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO** |
| Obiettivi generali | * Garantire il diritto allo studio
* Prevenire l'abbandono scolastico
* Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento
* Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente di provenienza
* ...................................................
 |
| Obiettivi specifici (in relazione alle discipline coinvolte) | ...................................................................................................... ................................................... |
| Metodologie educative | ...................................................................................................... ................................................... |
| Metodologie didattiche | ...................................................................................................... ................................................... |
| Attività didattiche  | ...................................................................................................... ......................................................................................................................................................... |
| Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didatticasi [ ] no [ ] | Se si quali? * E-mail, chat
* Forum
* Videoconferenza
* E-learning

**RICHIESTA DI ATTREZZATURE PER ATTIVAZIONE del prgetto HSH@network:*****(Tale richiesta, come da circolare, va prodotta alla Scuola Polo Regionale- 17° C.D. Via M. Pagano, 1 – Napoli)*** **SI NO**  |

|  |
| --- |
| **PIANO PER IL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO***(Il contributo finanziario dell’U.S.R. sarà erogato esclusivamente per la retribuzione delle ore aggiuntive d’insegnamento. Tutte le altre spese sono totalmente a carico del Fondo d’Istituto)*  |
| **Costi previsti:****n°…….. ore aggiuntive di insegnamento domiciliare: €……………………** (Finanziamento richiesto all'Ufficio Scolastico Regionale per la Campania)**Altre attività (coordinamento, materiali, ecc..)**: **€……………………****TOTALE COSTO PROGETTO** (Fondo d'Istituto - Legge 440) **€ ..............................** |
| **Altri Finanziamenti del progetto:**Fondi pubblici (EE.LL., Provincia, Regione) Fondi privati(Fondaz., Enti, Associazioni)Altro...........................**Totale Altri finanziamenti** | Finanziamenti richiesti: € ..................€ ..................€ ..................€ .................. | Finanziamenti ottenuti:€ ................. € .................€ ................. € .................. |

**Data**
 Timbro **Il Dirigente Scolastico**

**Certificazione obbligatoria da allegare:**

1. Richiesta della famiglia per l'attivazione del servizio scolastico domiciliare.
2. Certificazione sanitaria con nulla osta medico all'istruzione domiciliare, rilasciata dall’Azienda Ospedaliera, comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dell’alunno/a dalle lezioni per più di 30 giorni.

**RICHIESTA DELLA FAMIGLIA PER IL SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE**

**Al Dirigente scolastico della Scuola**........................................................................

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede che il/la proprio/a figlio/a possa fruire del servizio scolastico presso il proprio domicilio:

Città: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A partire dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e presumibilmente fino a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATI INFORMATIVI DELL'ALUNNO/A
Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_
Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_
Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola media \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Prima lingua straniera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Seconda lingua straniera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente Certificazione Sanitaria rilasciata da : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AZIENDA OSPEDALIERA (INTESTAZIONE – LOGO)

Al Dirigente Scolastico del ……………………………………………………..

 ……………………………………………………....

 ………………………………………………………

Oggetto: Attivazione del servizio di istruzione domiciliare – Nulla Osta

Si certifica che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è attualmente in cura presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per il trattamento cui è sottoposto non potrà frequentare la scuola per un periodo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si richiede pertanto l’attivazione del servizio di Istruzione Domiciliare, in riferimento alla C.M. 149 prot. 40 del 10/10/2001 ed alla C.M. 56 prot. 591 del 4/7/2003.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Timbro In fede