# 

# 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*](mailto:–paola.guillaro@istruzione.it)

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

|  |
| --- |
| **NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE** |
| Denominazione Istituto  Dirigente 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 di  insegnamento 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 didattica  si [ ] 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