



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**

**VINCENZO RAGUSA E OTAMA KIYOHARA - FILIPPO PARLATORE**

SEDE: PIAZZA GENERALE EUCLIDE TURBA 71, 90129 PALERMO TEL 091486092 FAX 091484172

C.F. 80016820823

*L'I.I.S. comprende due sezioni associate:*

*Liceo Artistico "Vincenzo Ragusa e Otama Kiyohara"*

Con Sede in: PIAZZA GENERALE EUCLIDE TURBA, 71 - 90129 - PALERMO TEL 091486092 FAX 091484172

e

*Istituto Tecnico "Filippo Parlatore"*

Con Sede in: PIAZZA MONTEVERGINI, 8 - 90134 - PALERMO - TEL 091333742 FAX 0916110039

**PROGETTO ISTRUZIONE DOMICILIARE**

# RICHIESTA DELLA FAMIGLIA PER IL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Al Dirigente scolastico della Scuola.....

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ chiede che il proprio figlio possa fruire del servizio scolastico presso il proprio domicilio o presso altra sede (specificare):

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ Via

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Fax

\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Prima lingua straniera: \_\_\_\_\_

Seconda lingua straniera: \_\_\_\_\_

Data

Firma del genitore

# PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

## PARTE A

Notizie relative all'istituzione scolastica richiedente		
DENOMINAZIONE ISTITUTO:		
DIRIGENTE SCOLASTICO:		
Indirizzo scuola:		
Tel.	Fax	e-mail:
Docente referente		
Nome		
Cognome		
Recapito telefonico:		

Tipo di progetto (barrare la voce che interessa)	
Progetto riferito ad allievo attualmente ospedalizzato privo di scuola ospedaliera	<input type="checkbox"/>
Progetto riferito ad allievo già ospedalizzato	<input type="checkbox"/>
Progetto di istruzione domiciliare prestata presso casa/alloggio o casa/famiglia/altra struttura ospitante	<input type="checkbox"/>
Se sì, indicare quale	<input type="checkbox"/>

Altre informazioni sul progetto	
Il progetto è iniziato nel presente Anno Scolastico	<input type="checkbox"/>
Il progetto prosegue dallo scorso Anno Scolastico	<input type="checkbox"/>
Dati relativi all'alunno per il quale si chiede il servizio scolastico domiciliare:	
Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>

Eventuale altro domicilio/residenza Tel.	
Scuola e classe frequentate	Deve sostenere l'esame finale Si No
L'alunno è disabile	Si No
L'alunno è in possesso della certificazione di DSA	Si No
L'alunno è ricoverato presso una struttura ospedaliera con la scuola in ospedale Indicare l'ospedale in cui è ricoverato	Si No
Il Consiglio di Classe didattico/educativo collabora con i docenti della scuola in ospedale condividendo il progetto	Si No
I docenti del consiglio di classe di appartenenza si recano in ospedale	Si No

## PARTE B

Dati relativi al progetto		
<b>Durata del progetto:</b>	dal	al
<b>Delibera del Collegio dei Docenti</b>	dei N.	Del .....
<b>Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto</b>	di N.	Del .....
<b>Ore previste di insegnamento domiciliare</b>	Monte ore settimanale:	Monte ore complessivo:
<b>Figure professionali coinvolte</b>	Insegnanti del consiglio di classe	<input type="checkbox"/>
	Insegnanti dell'istituto di appartenenza	<input type="checkbox"/>
	Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza	<input type="checkbox"/>
	Insegnanti di scuola in ospedale	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>
<b>Attività di coordinamento previste:</b>	Partecipazione ai consigli di classe integrati	<input type="checkbox"/>
	Contatti tra coordinatori	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
ORE PREVISTE PER PROGETTAZIONE/COORDINAMENTO PROGETTO N.		
MATERIE/AMBITI DISCIPLINARI CHE SI INTENDE ATTIVARE		

MATERIE:	<b>ORE SETTIMANALI PER MATERIA:</b>
LE LEZIONI SI SVOLGONO:	
Presso il domicilio dell'alunno <input type="checkbox"/>	Presso altra sede <input type="checkbox"/> Specificare: ...

Descrizione sintetica del progetto	
<b>Obiettivi generali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garantire il diritto allo studio</li> <li>○ Prevenire l'abbandono scolastico</li> <li>○ Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento</li> <li>○ Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente scolastico di appartenenza e dei pari</li> <li>○ Sostenere/approfondire lo studio individuale e l'accoglienza delle terapie</li> </ul>
<b>Obiettivi specifici (in relazione alle discipline coinvolte)</b>	<p>In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera e della scuola di appartenenza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> </ul>
<b>Metodologie educative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> </ul>
<b>Metodologie didattiche (specificare anche i criteri di valutazione e autovalutazione relativi al progetto)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> <li>➤ ...</li> </ul>
<b>Attività didattiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interventi didattici in presenza</li> <li>➤ Lezioni in videoconferenza con la classe e/o con la scuola ospedaliera, sempre con il tutoraggio di un docente anche in forma di didattica cooperativa a distanza con uso di ipermedia (se il domicilio dell'alunno è dotato di strumentazione telematica)</li> <li>➤ Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.)</li> <li>➤ Altro ...</li> </ul>
<b>Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didattica</b>	<p>Se sì, quali?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> E-mail, chat</li> <li><input type="checkbox"/> Forum</li> <li><input type="checkbox"/> Videoconferenza</li> <li><input type="checkbox"/> E-learning</li> <li><input type="checkbox"/> Partecipazione a progetti collaborativi</li> <li><input type="checkbox"/> Altro...</li> </ul>
sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

**Piano per il finanziamento del progetto**

n..... ore di insegnamento domiciliare

**TOTALE COSTO PROGETTO** comprensivo degli €  
**oneri di legge (46,44 €/ora lordo stato)**

**Altri finanziamenti del progetto**

	Stanziamenti concessi:	Stanziamenti richiesti:
➤ Fondo d'Istituto (Legge 440)	€	€
➤ Fondi pubblici (Comune, Provincia, Regione)	€	€
➤ Fondi privati (Fondazioni, Enti, volontariato)	€	€
➤ Altro	€	€
	€	

**Data**

**Firma del Dirigente Scolastico**

**Certificazione da allegare:**

1. richiesta della famiglia per l'attivazione del servizio scolastico domiciliare;
2. certificazione sanitaria rilasciata dal medico ospedaliero, in cui sia specificata la grave patologia, la prevedibile assenza dalle lezioni per più di 30 giorni, il nulla osta medico all'istruzione domiciliare.

# CERTIFICAZIONE SANITARIA

## PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Al fine di poter avviare la procedura per l'attivazione del servizio di **istruzione domiciliare**, con la presente, si certifica che:

l'alunna/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, iscritta/o alla classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

dell'istituto \_\_\_\_\_

non potrà frequentare la scuola (per un periodo non inferiore a 30 giorni, anche non continuativi) dal \_\_\_ al \_\_\_\_\_, per i seguenti motivi:

trattamento a cui è sottoposto;

stato di grave

immunodeficienza;

condizioni di immobilizzazione;

altro (descrivere) \_\_\_\_\_

. Nulla osta allo svolgimento delle lezioni:

in presenza presso l'abitazione dello studente;

in modalità a distanza (tramite collegamento da remoto con dispositivi telematici).

Si rilascia il presente certificato ai sensi della vigente normativa in materia. In fede

Il medico

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro)