



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 Classedidattico/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		
Durata del progetto:	dal	al
Delibera del Collegio dei Docenti	dei N.	Del
Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto	di N.	Del
Ore previste di insegnamento domiciliare	Monte ore settimanale:	Monte ore complessivo:
Figure professionali coinvolte	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"/>
Attività di coordinamento previste:	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:	ORE SETTIMANALI PER MATERIA:
LE LEZIONI SI SVOLGONO:	
Presso il domicilio dell'alunno <input type="checkbox"/>	Presso altra sede <input type="checkbox"/> Specificare: ...

Descrizione sintetica del progetto	
Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> ○ Garantire il diritto allo studio ○ Prevenire l'abbandono scolastico ○ Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento ○ Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente scolastico di appartenenza e dei pari ○ Sostenere/approfondire lo studio individuale e l'accoglienza delle terapie
Obiettivi specifici (in relazione alle discipline coinvolte)	<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"> ➤ ... ➤ ... ➤ ...
Metodologie educative	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ... ➤ ... ➤ ...
Metodologie didattiche (specificare anche i criteri di valutazione e autovalutazione relativi al progetto)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ... ➤ ... ➤ ...
Attività didattiche	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interventi didattici in presenza ➤ 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) ➤ Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.) ➤ Altro ...
Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didattica	<p>Se sì, quali?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> E-mail, chat <input type="checkbox"/> Forum <input type="checkbox"/> Videoconferenza <input type="checkbox"/> E-learning <input type="checkbox"/> Partecipazione a progetti collaborativi <input type="checkbox"/> Altro...
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)