Unione Europea Repubblica Italiana Regione Siciliana

REGIONE SICILIA - AMBITO TERRITORIALE N.3 PER LA PROVINCIA DI AGRIGENTO

ISTITUTO COMPRENSIVO ad indirizzo musicale « SANTI BIVONA »

Contrada Soccorso s.n.c – tel./ 092571895

C.M. AGIC83600P 92013 **MENFI** (Ag) **C.F. 92011610844**

pec	e-mail	sito-web
agic83600p@pec.istruzione.it	**agic83600p@istruzione.it**	**https://www.icsantibivona.edu.it**

PRESENTAZIONE PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE A.S. 20____/20_____

CODICE MECCANOGRAFICO: AGIC83600P
DENOMINAZIONE SCUOLA: ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE «SANTI BIVONA»
DIRIGENTE SCOLASTICO: Prof.ssa Francesca Maria Cusumano
ORDINE DI SCUOLA:
DOCENTE REFERENTE DEL PROGETTO:
TELEFONO REFERENTE:
MAIL REFERENTE:

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 prestato presso casa/alloggio o casa/famiglia	
Se sì, indicare quale	

ALTRE INFORMAZIONI SUL PROGETTO (barrare la voce che interessa)	
Il progetto è iniziato nel presente anno scolastico	
Il progetto prosegue dallo scorso anno scolastico	

DATI RELATIVE ALL'ALUNNO PER IL QUALE SI CHIEDE IL SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE:

NOME	
COGNOME	
INDIRIZZO	
EVENTUALE ALTRO DOMICILIO/RESIDENZA	

TEL.

CLASSE FREQUENTATA	**DEVE SOSTENERE L"ESAME FINALE** SI No
L"ALUNNO È DISABILE	Sì No
L"ALUNNO È IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI DSA	Sì No
L"ALUNNO È RICOVERATO PRESSO UNA STRUTTURA OSPEDALIERA CON LA SCUOLA IN OSPEDALE **INDICARE L"OSPEDALE IN CUI È RICOVERATO**	Sì No
I DOCENTI DELLA CLASSE COLLABORANO CON I DOCENTI DELLA SCUOLA IN OSPEDALE CONDIVIDENDO IL PROGETTO DIDATTICO-EDUCATIVO?	Si NO
I DOCENTI DELLA CLASSE DI APPARTENENZA SI RECANO IN OSPEDALE?	Sì No

Allegato B

DATI RELATIVI AL PROGETTO		
DURATA DEL PROGETTO:	dal	al
DELIBERA DEL COLLEGIO DEI DOCENTI	N.	Del .....
DELIBERA DEL CONSIGLIO DI ISTITUTO	N.	Del .....

ORE PREVISTE DI INSEGNAMENTO DOMICILIARE	Monte ore settimanale:	Monte ore complessivo:
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	Insegnanti del consiglio di classe [] Insegnanti dell"istituto di appartenenza [] Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza [] Insegnanti di scuola in ospedale [] Altro []	
ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO PREVISTE:	Partecipazione ai consigli di classe [] Contatti tra coordinatori [] Altro (specificare) []	

ORE PREVISTE PER PROGETTAZIONE/COORDINAMENTO PROGETTO N.	
MATERIE/AMBITI DISCIPLINARI CHE SI INTENDE ATTIVARE	
MATERIE:	**ORE SETTIMANALI PER MATERIA:**
LE LEZIONI SI SVOLGONO (barrare la voce che interessa)	
Presso il domicilio	Presso altra sede

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 • Sostenere/approfondire lo studio individuale
Obiettivi specifici(In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l' attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza)	
Metodologie educative	
Metodologie didattiche	
Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didattica Se sì, quali:	□ E-mail, chat □ Forum □ Videoconferenza □E -learning □ Altro…
Attività didattiche **Verifica**	➢ Lezioni 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 ➢ Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.) ➢ Altro … La verifica delle attività sarà condotta attraverso una analisi oggettiva (osservazione diretta e monitoraggio in

Indicatori di successo	itinere),mentre le verifiche degli obiettivi didattici programmati verteranno su: • area cognitiva (padronanza, competenza,); • area affettiva (interesse, impegno e partecipazione). Inoltre, per gli obiettivi educativi, le verifiche riguarderanno: • la motivazione al lavoro scolastico e il grado di coinvolgimento; - conseguimento degli obiettivi di apprendimento prefissati in fase di progettazione didattica; - partecipazione attiva dell'alunno; - superamento dell'isolamento; - crescita dell'autostima.

PIANO PER IL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

N ..... ORE DI INSEGNAMENTO DOMICILIARE

TOTALE COSTO PROGETTO
COMPRENSIVO DEGLI ONERI DI LEGGE €……

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 (ALL.2)
2. CERTIFICAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO OSPEDALIERO, I N CUI SIA SPECIFICATA LA GRAVE PATOLOGIA, LAPREVEDIBILE ASSENZA DALLE LEZIONI PER PIÙ DI 30GIORNI, IL NULLAOSTA MEDICO ALL"ISTRUZIONE DOMICILIARE.

RICHIESTA DELLA FAMIGLIA PER IL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Al Dirigente Scolastico dell' Istituto Comprensivo

"Santi Bivona "

Menfi

Il/La sottoscritto/a_____genitore dell' alunno/a

_____chiede che il proprio figlio possa usufruire 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_____ordine di scuola_____

Plesso_____

Prima lingua straniera(riferito scuola secondaria):

_____

Seconda lingua straniera: (riferito scuola secondaria):

- _____

Data Firma del genitore