***FAC SIMILE***

***PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE***

***SCUOLA PRIMARIA* □ *SCUOLA SECONDARIA I grado* □ *SCUOLA SECONDARIA II grado***

***A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

1. **ISTITUZIONE SCOLASTICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Codice meccanografico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Comune Prov Codice postale. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Dirigente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referente del Progetto che si impegna a coordinare e monitorare il progetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail del Referente del Progetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. telefono del Referente del Progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. DATI RELATIVI ALL’ALUNNO (non indicare dati personali)**

Codice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(NON inserire codice SIDI)**

Scuola di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe e ordine/grado di scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’alunno è in situazione di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92? SÌ NO

È supportato dal docente di sostegno SÌ **□** NO **□**

Se sì, indicare numero di ore settimanali. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’alunno è ricoverato in struttura con sezione di Scuola in ospedale SI **□**periodicamente**□** NO

Il Team docente/Consiglio di Classe collabora con i docenti di Scuola in ospedale condividendo il progetto didattico / educativo? SÌ **□** NO **□**

**3. ISTRUZIONE DOMICILIARE**

 3.A. ISTRUZIONE DOMICILIARE CON PRESENZA DEI DOCENTI PRESSO IL DOMICILIO DELL’ALUNNA/O

Domicilio dell’alunno

Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov

Richiesta scritta di I.D. da parte dei genitori Sì **□** No **□**

3. B. ISTRUZIONE DOMICILIARE A DISTANZA CON INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI (per specifiche esigenze derivate dallo stato di salute o da altre comprovate motivazioni )

Motivazioni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. C ISTRUZIONE DOMICILIARE IN PRESENZA ED A DISTANZA (per specifiche esigenze derivate dallo stato di salute o da altre comprovate motivazioni)

Motivazioni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.D. DURATA DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

Dal\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo effettivo di Istruzione domiciliare organizzato dalla scuola di appartenenza dell’alunno/studente dal \_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monte ore settimanali (in base alle indicazioni contenute nella nota USR Sardegna) \_\_\_\_\_\_

Settimane di Istruzione domiciliare \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Totale n° ore di lezione previste ………… di cui:

* n°…………di didattica in presenza
* n°………………di didattica a distanza (di cui n°………..
* con la classe e n°………..di interventi individualizzati)

**(si propongono i seguenti punti da sviluppare, eventualmente da modificare/integrare secondo le esigenze rilevate)**

**4. FINALITÀ**

**5. OBIETTIVI EDUCATIVO/FORMATIVI**

**6. METODOLOGIE**

**7. STRUMENTI**

**8. MODALITÀ DI VERIFICA**

**9. MONITORAGGIO E INDICATORI DI SUCCESSO**

**10. OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO DISCIPLINARI E TRASVERSALI**

**11. TRAGUARDI PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE**

**12. CONTENUTI**

**13. DOCENTI COINVOLTI**

**14. ALTRE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE**

**15. PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA’ CON LA FAMIGLIA**

IL TEAM DOCENTE/ CONSIGLIO DELLA CLASSE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| DISCIPLINA | FIRMA DOCENTE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Luogo e data**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Referente del Progetto Il Dirigente Scolastico**

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

**I Genitori**

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

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

IL PRESENTE PROGETTO VIENE APPROVATO NELLA SEDUTA DEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. VERBALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_