



**MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della  
RICERCA**

**ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)**

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES** (Oristano) Tel. 0783/91601 – FAX  
0789/998061

**NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA**

Denominazione

Plesso

Indirizzo

CAP

Telefono

E-mail

Dirigente

**NOTIZIE RELATIVE ALLA SPECIFICA RICHIESTA DI I.D.**

Codice identificativo dell'alunna/o: \_\_\_\_\_

**NB: NON inserire dati personali***Iscritto alla classe**Classe* \_\_\_\_\_*Ordine e grado scolastico* \_\_\_\_\_

<i>Periodo di assenza previsto</i>	<i>Ricoveri in ospedale pregressi</i>	<i>Istruzione domiciliare precedente</i>	
	<i>Dal .....al.....</i>	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
	<i>Dal .....al.....</i>	<i>Anno scolastico.....</i>	
	<i>Dal .....al.....</i>		
<i>Dal ..... al..... Totale giorni.....</i>			
<i>Totale mesi .....</i>			

**NOTIZIE RELATIVE ALLA PARTE EDUCATIVO- DIDATTICA**

Per la parte educativo-didattica

La scuola ha predisposto già nel PTOF un progetto di Istituto di Istruzione domiciliare

SI NO 

Organo collegiale elaborante .....

delibera del team docente/consiglio di classe del .....

Organo collegiale elaborante .....

delibera del collegio dei docenti del .....

Per la parte amministrativo contabile	
Organo collegiale elaborante .....	
delibera del consiglio di istituto del .....	

Durata prevista del progetto	
dal.....al.....	N° settimane.....

<i>Attività didattica presso il domicilio dell'alunna/o</i>		
<i>N°</i>	<i>Discipline ed educazioni</i>	<i>n. ore settimanali</i>
<p><i>Attività di didattica a distanza (in caso di impedimento all'istruzione domiciliare in presenza)</i>  <i>Specificare la modalità:</i></p> <p><i>Attività didattica a distanza con la classe <input type="checkbox"/></i></p> <p><i>Interventi individualizzati a distanza <input type="checkbox"/></i></p>		
<i>N°</i>	<i>Discipline ed educazioni</i>	<i>n. ore settimanali</i>

<i>Riepilogo finanziario ore aggiuntive</i>		
<i>N° risorse umane .....</i>	<i>N° .... totale ore impegno</i>	<i>Totale ..... Euro</i>
<i>Finanziamento a carico dei fondi di istituto</i>		<i>..... Euro</i>
<i>Contributo richiesto all'U.S.R.</i>		<i>..... Euro</i>

*Estremi della documentazione necessaria per l'attuazione del progetto  
(La documentazione deve essere conservata agli atti della scuola e disponibile per eventuali  
controlli predisposti dell'USR-Sardegna)*

1. **Certificazione sanitaria** comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per un periodo pari o superiore ai 30 gg (tale certificazione deve rimanere esclusivamente agli atti riservati della scuola)

2.

	<b>Riportare i dati inseriti nella certificazione</b>	
<i>Denominazione del presidio sanitario</i>		
<i>Data di rilascio e n. protocollo</i>		
<i>Periodo di assenza per cure</i>	<i>dal</i>	<i>al</i>
<i>Esplicita richiesta per l'attivazione del servizio, con indicazione della possibilità di svolgere l'attività didattica presso il domicilio dell'alunna/o</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Firma del medico del reparto</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

3. **Richiesta** di Istruzione Domiciliare da parte della **famiglia** dell'alunna/alunno (tale certificazione deve rimanere esclusivamente agli atti riservati della scuola)

	<b>Riportare i dati inseriti nella domanda</b>	
<i>Data di presentazione della domanda e n. protocollo</i>		
<i>Esplicita richiesta per l'attivazione del</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<i>servizio</i>		
Firma dei genitori	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**Dichiarazione di conformità**

Con riferimento agli estremi della documentazione relativa ai punti 1 e 2, la/il sottoscritto,  
Dirigente scolastica/o dell'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che:

- a. **i dati riportati sono corretti e corrispondono a quanto indicato nella documentazione in possesso della scuola,**
- b. **è a conoscenza delle sanzioni previste nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.76 D.P.R.445/2000.**

La/Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare all'indirizzo dell'USR [drsa@postacert.istruzione.it](mailto:drsa@postacert.istruzione.it) se l'alunna /o dovrà sostenere l'Esame di stato presumibilmente in situazione di istruzione domiciliare.

Firma \_\_\_\_\_

*Documenti allegati*

1. Progetto didattico del percorso educativo personalizzato con l'indicazione degli standard minimi che si intendono raggiungere, delle attività a domicilio e delle modalità di valutazione programmate.
2. Scheda del piano finanziario

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_





**MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della RICERCA**

## **ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)**

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES** (Oristano) Tel. 0783/91601 – FAX 0789/998061

### **PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

**SCUOLA PRIMARIA**  **SCUOLA SECONDARIA I 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)**

### **FINALITÀ del Progetto**

### **OBIETTIVI EDUCATIVO/FORMATIVI**

### **OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO DISCIPLINARI E TRASVERSALI**

**METODOLOGIE e STRUMENTI**

**MODALITÀ DI VERIFICA**

**DOCENTI COINVOLTI**

**ALTRE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE**

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