**Mod. P**

“Iniziative volte al potenziamento e alla qualificazione dell’offerta di integrazione scolastica degli alunni seguiti IN ISTRUZIONE DOMICILIARE.”

### Progetto

**per l’attuazione di interventi di istruzione domiciliare**

**inserito nel P.T.O.F. dell’Istituzione Scolastica**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTIZIE RELATIVE ALL’ ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE l’ I.D.** | |
| **Denominazione** |  |
| **Dirigente** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Codice postale** |  |
| **Telefono** |  |
| **E-mail** |  |
| **Sito web** |  |
| **Docente Referente progetti I.D.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’Istituzione Scolastica richiedente l’Istruzione Domiciliareha un proprio Plesso Ospedaliero | | si | no |
| **Se SI indicare** | | | |
| **Docente referente ospedaliero** |  | | |
| **Ospedale di riferimento** |  | | |
| **Indirizzo** |  | | |
| **Codice postale** |  | | |
| **E-mail** |  | | |
| **Telefono** |  | | |
| **Sito web** |  | | |

|  |
| --- |
| Notizie relative alla specifica richiesta D’ISTRUZIONE DOMICILIARE |
| **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA** |
| Richiesta del genitore dell’alunno (**Mod. G**) |
| Certificazione sanitaria comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza  dalle lezioni per periodi superiori ai 30 gg. (**Mod. S**) |
| Progetto formativo dell’alunno (**Mod. P**) |

**DATI RELATIVI ALL’ALUNNO**:

|  |  |
| --- | --- |
| **1.0 Alunna/o** | Cognome e Nome……………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1**.1 Dati anagrafici** | Nato/a a…………………………………… il………………………………  Residente a…………… Via …………………………………………... |
| **1.2 Scuola e classe**  **di appartenenza** | ………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………… |
| **1.3 Dichiarazione ore di sostegno**  **DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA** | L’Alunna/o è destinatario di ore di sostegno ( Legge 104/1992) per l’a.s. 2023/24    SI ……… NO…….. |
| **1.4 Sede di svolgimento**  **Istruzione domiciliare** | Domicilio temporaneo dell’alunno: via…………………………………………… Comune ……………..……  Ospedale (*se privo di sezione scolastica*):  ………………………………………………………………………………….. |
| **1.5 Durata del servizio di Istruzione Domiciliare** | Dal …………………... al……………………..……  \*Dal …………………. al ……………………..……  *\*In caso di terapie domiciliari reiterate riportare tutti i periodi previsti* |
| **1.6 Figure professionali coinvolte** | Insegnanti del Consiglio di Classe e/o del Collegio dei Docenti di questa scuola  Cognome e Nome ..........................………………………..  Disciplina …………………………………………………………………….  Cognome e Nome ..........................………………………..  Disciplina …………………………………………………………………….  Cognome e Nome ..........................………………………..  Disciplina …………………………………………………………………….  Altri (specificare) ………………………………………………………  …………………………………………………………………………………… |
| **1.7 Ore di insegnamento frontale previste per singole discipline finanziate con autorizzazione USR per la Liguria**  **1.7 bis Ore di insegnamento eventualmente previste dall’Istituzione Scolastica ad integrazione** (attuazione di forme di recupero orario, potenziamento, DID/DAD ecc.)  **1.7 ter Ore di insegnamento erogate al domicilio da Docente di Sostegno nell’ambito dell’orario di servizio**  **TOTALE ORE PROGETTO** | Monte ore settimanali ……….. Totale ……………  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  ecc.  Monte ore settimanali ……….. Totale ……………  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Totale …………..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Materia……………………: n° ore/settimana……..  Totale …………..  **Totale …………..** |
| **1.8 Finanziamento richiesto** (verranno retribuite solo le ore d’insegnamento effettivamente prestate come da scheda rilevazione presenze) | € **46,45** orari (cifra comprensiva di oneri a carico del dipendente e a carico dell’amministrazione) per insegnamento disciplinare  **Totale** € ………. |

***2 Descrizione del progetto***

***(INDICARE SEGNANDO QUANTO PREVISTO)***

|  |  |
| --- | --- |
| **2.1 Obiettivi generali** | a. Garantire il diritto allo studio  b. Prevenire l’abbandono scolastico  c. Favorire la continuità del rapporto insegnamento-apprendimento  d. Mantenere rapporti affettivi con l’ambiente di provenienza  e. Altro |
| **2.2 Obiettivi specifici** | *In relazione alle discipline coinvolte (in continuità con l’attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza, ove ne ricorrano i presupposti)* |
| **2.3 Attività didattiche** | a. Lezioni in presenza  b. Lezioni in videoconferenza con la classe o DAD (se prevista l’integrazione della scuola al progetto), sempre con la supervisione e il coordinamento di un docente anche in forma di didattica cooperativa a distanza con uso di ipermedia  c. Azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (*chat, e-mail, ecc.*)  d. Altro |
| **2.4 Metodologie educative** | a. Relazione di sostegno  b. Apprendimento individualizzato  c. Apprendimento cooperativo a distanza  d. Altro |
| **2.5 Metodologie didattiche** | a. Didattica breve ……………………………………………  …………………………………………………………  b. Didattica modulare ………………………………….. ...……………………………………………………………  c. Didattica per progetti ………………………………………  ………………………………………………………………. |

1. ***- Attività di verifica e valutazione: v. relazione finale (mod. V)***

***DATA IL DIRIGENTE SCOLASTICO***

**Firma digitale**