

## **MODULISTICA PROGETTO ISTRUZIONE DOMICILIARE**

Allegato n. 1.1: Richiesta di servizio scolastico domiciliare (da redigere a cura dei genitori)	2
Allegato n. 1.2: Certificato medico rilasciato dal medico ospedaliero (C.M. n. 149 del 10/10/2001) o dai servizi sanitari nazionali (escluso, pertanto, il medico di famiglia) e non da aziende o medici curanti privati, dal quale si evidenzia l'impossibilità dell'alunno a frequentare la scuola e la presunta durata dell'assenza	3
Allegato n. 2: Scheda di progetto con la relativa scheda finanziari	4
Allegato n. 3: Provvedimenti di incarico dei docenti	7
Allegato n.4: Scheda di monitoraggio dell'attività didattica	8
Allegato n. 5: Scheda di rendicontazione	10
Allegato n. 6: Modello di relazione finale	11



Sedi:

"U. Patrizi" Viale A. Diaz,99 - Tel 075 8554241 - "A. Baldelli" Via Labriola,1 – Tel.075 8557877 - "F. Cavallotti" Viale A.Bogni,86 - Tel. 075 8521144

[www.iiscittadicastello.edu.it](http://www.iiscittadicastello.edu.it)

**Allegato n. 1.1: Richiesta di servizio scolastico domiciliare (da redigere a cura dei genitori)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
SCUOLA POLO UMBRIA  
I.C. PERUGIA 5  
[pgic869001@pec.istruzione.it](mailto:pgic869001@pec.istruzione.it)

ALL'U.S.R. UMBRIA  
Alla c.a. del Comitato Tecnico Regionale

Oggetto: **Richiesta di Servizio Scolastico Domiciliare a.s.** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ chiede che il/la proprio/a figlio/a possa  
usufruire del servizio scolastico presso il domicilio:

Città: \_\_\_\_\_

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

Abitazione

Struttura sanitaria presso cui è ricoverato l'alunno/a \_\_\_\_\_

Residence "*Daniele Chianelli*"

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

a partire da \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Allegato n. 1.2: Certificato medico** rilasciato dal medico ospedaliero (C.M. n. 149 del 10/10/2001) o dai servizi sanitari nazionali (escluso, pertanto, il medico di famiglia) e non da aziende o medici curanti privati, dal quale si evidenzia l'impossibilità dell'alunno a frequentare la scuola e la presunta durata dell'assenza

## CERTIFICATO MEDICO<sup>1</sup>

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELLA SCUOLA POLO  
PER L'UMBRIA  
I. C. PERUGIA 5

**OGGETTO: Richiesta di attivazione del servizio di Istruzione Domiciliare**

Al fine di poter avviare la procedura per la richiesta e l'attivazione del servizio di Istruzione Domiciliare con la presente si certifica che l'alunno \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_

- è attualmente in cura presso \_\_\_\_\_
- è affetto da \_\_\_\_\_

Data la particolarità della situazione sanitaria non potrà frequentare la scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dell'anno scolastico in corso. (almeno 30 giorni di assenza anche non continuativa).

Pertanto si richiede l'attivazione del servizio di insegnamento domiciliare in riferimento alla C.M.149 prot. 40 del 10.10.2001 e alla C.M. 56 prot.591 del 4.7.2003.

Il medico

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il certificato deve essere rilasciato dal medico ospedaliero (C.M. n. 149 del 10/10/2001) o dai servizi sanitari nazionali (escluso, pertanto, il medico di famiglia) e non da aziende o medici curanti privati, dal quale si evidenzia l'impossibilità dell'alunno a frequentare la scuola e la presunta durata dell'assenza

Perugia \_\_\_\_\_

**Allegato n. 2: Scheda di progetto con la relativa scheda finanziari**

**PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE A.S. \_\_\_\_\_**

**SEZIONE A - DATI RELATIVI ALL'ALUNNO**

Alunno \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Durata dell'assenza prevista  dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 intero anno scolastico

Tempi possibili per le attività di istruzione domiciliare (numero ore settimanali complessive)

\_\_\_\_\_

**SEZIONE B - STRUTTURA DEL PROGETTO**

Motivazioni e finalità del progetto

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Obiettivi: sfera psico – relazionale – affettiva \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sfera pedagogico – didattica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sfera disciplinare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Realizzazione del percorso e strategie metodologico – didattiche



Sedi:

"U. Patrizi" Viale A. Diaz,99 - Tel 075 8554241 - "A. Baldelli" Via Labriola,1 – Tel.075 8557877 - "F. Cavallotti" Viale A.Bogni,86 - Tel. 075 8521144

[www.iiscittadicastello.edu.it](http://www.iiscittadicastello.edu.it)

- In presenza
- Prevalentemente a distanza (on-line)
- Blended

- Aspetti logistico – organizzativi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Figure professionali coinvolte

- docenti \_\_\_\_\_
- altri operatori istituzionali \_\_\_\_\_
- referente del progetto \_\_\_\_\_

ORE DI ATTIVITA' PREVISTE PER LE SINGOLE DISCIPLINE	
DISCIPLINA	ORE SETTIMANALI

- Delibera del Consiglio di Classe n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Delibera del Collegio dei Docenti n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Delibera del Consiglio di Istituto n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- Monitoraggio del percorso e attività di verifica \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Documentazione dell'esperienza e valutazione \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## SEZIONE C - RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE

### SUSSIDI DIDATTICI E STRUMENTI TECNOLOGICI

- Strumentazione del progetto nazionale HSH@Network, **che si richiede alla Scuola – Polo Regionale**
  - (PC con web-cam)

### RISORSE FINANZIARIE

- Finanziamento attività di docenza:**

<b>docente</b>	<b>disciplina</b>
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1) ore di **docenza** previste n. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

2) **oneri a carico** dello stato € \_\_\_\_\_

**Importo totale** € \_\_\_\_\_

**SEZIONE D - DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

**Richiesta di Istruzione Domiciliare del genitore**

Certificazione medica rilasciata dal medico ospedaliero ( C.M. n. 149 del 10/10/2001) o dai servizi sanitari nazionali ( escluso, pertanto, il medico di famiglia) e non da aziende o medici curanti privati.

**Lettera di incarico dei docenti**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data .....

Il Referente del Progetto

.....

Il Dirigente Scolastico

.....

### Allegato n. 3: **Provvedimenti di incarico dei docenti**

Prot. n. /

Data .....

#### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTAla C.M. n. 56 del 04/07/2003;

VISTO il Piano dell'Offerta Formativa relativo al corrente a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

VISTO il Progetto di istruzione domiciliare relativo all' alunno \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO** della disponibilità degli insegnanti della stessa classe ad effettuare attività didattica  
**in orario aggiuntivo**, presso il domicilio dell'alunno stesso;

#### CONFERISCE

all' insegnante ..... **l'incarico di**  
effettuare attività didattica presso il domicilio dell'alunno ..... per n. ....  
ore settimanali, a partire dal ..... e presumibilmente fino al .....

Le ore effettivamente svolte saranno retribuite secondo quanto previsto dal vigente C.C.N.L., con i  
fondi assegnati dall' Ufficio Scolastico Regionale che, qualora insufficienti, saranno integrati con le  
risorse del fondo di istituto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....








Sedi:

"U. Patrizi" Viale A. Diaz,99 - Tel 075 8554241 - "A. Baldelli" Via Labriola,1 – Tel.075 8557877 - "F. Cavallotti" Viale A.Bogni,86 - Tel. 075 8521144

[www.iiscittadicastello.edu.it](http://www.iiscittadicastello.edu.it)



-  SERVIZI PER LA SANITÀ E L'ASSISTENZA SOCIALE
-  SERVIZI COMMERCIALI
-  ENOGASTRONOMIA E OSPITALITÀ ALBERGHIERA
-  MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA
-  TECNICO E PROFESSIONALE AGRARIO

Città di Castello - 06012 Viale Aldo Bogni, 86  
 Tel. 075 8521144 - Fax 075 8520289 - C.F. 90022390547  
 e-mail istituzionale: [pgis02800v@istruzione.it](mailto:pgis02800v@istruzione.it) e-mail PEC: [pgis02800v@pec.istruzione.it](mailto:pgis02800v@pec.istruzione.it)



**Allegato n.4: Scheda di monitoraggio dell'attività didattica**

PROGETTO ISTRUZIONE DOMICILIARE A.S. ....

Alunno .....

**SCHEDA DI MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA**  
 (da allegare alla relazione finale)

<b>Insegnante:</b> ..... .....		<b>Ambito disciplinare/disciplina:</b> ..... .....	
Giorno	Contenuti dell'attività didattica	Ore di attività	Osservazioni
..... ..		.....	
..... ..		.....	
..... ..		.....	
..... ..		.....	



Sedi:

"U. Patrizi" Viale A. Diaz,99 - Tel 075 8554241 - "A. Baldelli" Via Labriola,1 – Tel.075 8557877 - "F. Cavallotti" Viale A.Bogni,86 - Tel. 075 8521144

[www.iiscittadicastello.edu.it](http://www.iiscittadicastello.edu.it)

..... ..		.....	

L' insegnante .....

Il genitore .....

## Allegato n. 5: Scheda di rendicontazione

### RENDICONTAZIONE PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

- Alunno/a \_\_\_\_\_

- Periodo \_\_\_\_\_

#### Insegnanti impegnati nel progetto e relative ore di attività didattica effettuate

DOCENTE	DISCIPLINA	ORE DOCENZA

#### CONSUNTIVO

VOCE DI SPESA	IMPORTO Totale
<b>1) Personale</b>	
a) Docenza	n. ore totali €
b) Oneri a carico dello Stato	€
<b>Costo totale del progetto (a+b)</b>	€

- Sussidi tecnologici ricevuti in comodato d'uso da restituire:

Data \_\_\_\_\_

Il D.S.G.A

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



Sedi:

"U. Patrizi" Viale A. Diaz,99 - Tel 075 8554241 - "A. Baldelli" Via Labriola,1 – Tel.075 8557877 - "F. Cavallotti" Viale A.Bogni,86 - Tel. 075 8521144

[www.iiscittadicastello.edu.it](http://www.iiscittadicastello.edu.it)







