**MOD. C**

**PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE PER L’ANNO SCOLASTICO 2012-2013**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **NOTIZIE RELATIVE ALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE** | | |
| Ordine e grado di scuola | | |
| Codice meccanografico | | |
| Denominazione | | |
| Indirizzo | | |
| Telefono | Fax | |
| E-mail | | |
| Dirigente | | |
| Referente di Progetto | | |
| E-mail Referente | | |
| Istituto cassiere | | IBAN |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATI ALUNNO** | | | |
| Cognome e nome | | | |
| Codice Fiscale | | | |
| Nato a | | Il | |
| Residente a | Prov. | | |
| Via | | | |
| Scuola di appartenenza | | | Classe |
| L’alunno è dichiarato disabile sì no | | | |
| N. ore sostegno settimanali | | | |

|  |
| --- |
| 1. **SEDE DI SVOLGIMENTO ISTRUZIONE DOMICILIARE** |
| Richiesta di ID dei genitori  sì no |
| Domicilio dell’alunno  Comune  Provincia  Via n. civico |

|  |
| --- |
| 1. **DURATA DEL SERVIZIO** |
| Durata riportata sulla certificazione medica  Dal Al |
| L’alunno è ricoverato in struttura ospedaliera con sezione scuola in ospedale  sì no per alcuni periodi |
| Durata effettiva prevista dalla scuola  Dal Al  Monte ore settimanali  **TOTALE ORE PREVISTE** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PERCORSO DIDATTICO** | | | | | |
| **DOCENTI – DISCIPLINE** | | | | | |
| N. | Docente | interno | esterno[[1]](#footnote-1) | Disciplina | Numero ore |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | | | |  |
| COMPETENZE DA SVILUPPARE | | | | | |
| STRATEGIE E TECNICHE DIDATTICHE | | | | | |
| MODALITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE | | | | | |
| Lo studente dovrà sostenere l’Esame di Stato in istruzione domiciliare  sì no | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **PREVISIONE PIANO ORARIO** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **SUSSIDI DIDATTICI** |
| Per supportare l’intervento didattico la scuola richiede  PC portatile per alunno |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **PREVENTIVO DI SPESA** | | | |
|  | n. docenti | n. ore previste | TOTALE |
| **Ore aggiuntive** di insegnamento docenti  Importo orario lordo stato € 46.45 |  |  |  |
| **Cofinanziamento** a carico dell’Istituto | € | | |

|  |
| --- |
| 1. **DOCUMENTAZIONE** |
| In allegato:   1. **MOD. A** Certificazione sanitaria, rilasciata dall’ Azienda ospedaliera, comprovante l’ospedalizzazione per grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per periodi pari o superiori a 30 giorni 2. **MOD. B** Richiesta del genitore dell’alunno 3. **MOD. D** Dichiarazione del Dirigente, comprensiva delle delibere degli OOCC e dell’elenco nominativo dei docenti incaricati a svolgere ID. |

Note:

IL REFERENTE DI PROGETTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO

1. **Specificare:** di scuole viciniori e/o in rete [↑](#footnote-ref-1)