"SCUOLA IN OSPEDALE "
LEGGE 440/97 INIZIATIVE VOLTE AL POTENZIAMENTO E ALLA QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI RICOVERATI IN OSPEDALE O SEGUITI IN REGIME DI DAY-HOSPITAL."

Anno scolastico ...../.....

Progetto per l'attuazione di interventi di istruzione domiciliare /in ospedale

NOTIZIE RELATIVE ALL' ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE l' I.D.		
Denominazione		
Dirigente		
Indirizzo		**n°**
Città		
Codice postale	**Telefono**	**Fax**
E-mail		
Banca di appoggio		
Codice I B A N		
Referente del Progetto		

L'Istituzione Scolastica richiedente l'I.D. ha un proprio Plesso Ospedaliero	**SÌ**	**NO**

Se SÌ indicare			
Docente referente ospedaliero			
Ospedale di riferimento			
Indirizzo			
Codice postale	**Tel.**	**Fax**	
E-mail			

NOTIZIE RELATIVE ALLA SPECIFICA RICHIESTA D'ISTRUZIONE DOMICILIARE

Certificazione sanitaria comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per periodi superiori ai 30 gg. senza soluzione di continuità (mod.S)

Dichiarazione di disponibilità della famiglia dell'alunno di ricevere l'Istruzione Domiciliare (mod.G)

Progetto formativo dell'alunno

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO:

1.1 Alunno	Cognome ..... Nome .....
1.2 Dati anagrafici	Nato/a a.....il..... Residente a..... Via.....
1.3 Scuola e classe di appartenenza	....
1.4 Sede di svolgimento Istruzione domiciliare	Domicilio dell'alunno: via.....n. .. Città ..... 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 Nome.....Disciplina..... Nome.....Disciplina..... Nome.....Disciplina..... Nome.....Disciplina..... Nome.....Disciplina..... Altri .....
1.7 Ore di insegnamento frontale previste per singole discipline	Monte ore settimanali **Totale .....** Materia.....: n° ore/settimana..... Materia.....: n° ore/settimana..... Materia.....: n° ore/settimana..... Materia.....: n° ore/settimana..... Materia.....: n° ore/settimana.....
	Monte ore totale ..... del progetto
1.8 Finanziamento richiesto (verranno retribuite solo le ore d'insegnamento effettivamente prestate come da registro personale)	€ **46,45** orari (cifra comprensiva di oneri a carico del dipendente e a carico dell'amministrazione) per insegnamento disciplinare **Totale** complessivo previsto € ..... Cofinanziamento .....% € .....

2 Descrizione del progetto

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 e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera e della scuola di provenienza*
2.3 Attività didattiche	a. Lezioni in presenza b. Lezioni in videoconferenza con la classe e/o con la scuola ospedaliera, sempre con il tutoraggio di un docente anche in forma di didattica cooperativa a distanza con uso di ipermedia (*se il domicilio dell'alunno è dotato di strumentazione telematica*) 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

3 Attività di verifica e valutazione: v. relazione finale (mod.V)

Il Dirigente Scolastico