



ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO R. LAPORTA

05015 Fabro(TR) Piazzale F. Parri,3 Tel. 0763/832044-839175

Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556

E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it

Sito web: www.istfabro.edu.it

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 – didattico _____

sfera disciplinare _____

☐ Realizzazione del percorso e strategie metodologico – didattiche

- ☐ 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

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:

docente	disciplina
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

.....