

---

---

---

---

**Oggetto: Richiesta di servizio scolastico domiciliare.**

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

Città: \_\_\_\_\_

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

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

A partire dal giorno \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

Prima lingua straniera: \_\_\_\_\_

Seconda lingua straniera: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

---

<b>PROGETTO PER L'ATTUAZIONE DI INTERVENTI DI ISTRUZIONE DOMICILIARE</b>
--

<b>NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE L'ISTRUZIONE DOMICILIARE</b>		
DENOMINAZIONE		
DIRIGENTE SCOLASTICO		
INDIRIZZO		
CAP	TEL.	FAX
E-MAIL	SITO WEB	

<b>SE L'ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE L'ISTRUZIONE DOMICILIARE HA UN PROPRIO PLESSO OSPEDALIERO COMPILARE IL PROSPETTO SOTTOSTANTE</b>		
DOCENTE OSPEDALIERO REFERENTE		
OSPEDALE DI RIFERIMENTO		
INDIRIZZO		
CAP	TELEFONO	FAX
E-MAIL	SITO WEB	

<b>NOTIZIE RELATIVE ALLA SPECIFICA RICHIESTA D'ISTRUZIONE DOMICILIARE</b>
<b>DOCUMENTAZIONE ALLEGATA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dichiarazione di disponibilità dell'alunno della famiglia di ricevere l'Istruzione domiciliare</li><li>• Certificazione sanitaria comprovante la trave patologia e la prevedibile assenza dalle lezioni per periodi superiori ai 30 gg. senza soluzione di continuità</li></ul>

<b>1 DATI RELATIVI ALL'ALUNNO</b>
-----------------------------------

<b>1. 1 ALUNNO</b> <b>(cognome e nome)</b>	.....
<b>1. 2 SEDE DI SVOLGIMENTO</b>	DOMICILIO DELL'ALUNNO: ..... OSPEDALE (se privo di sezione scolastica): ..... ...
<b>1. 3 DURATA</b>	dal.....al..... *dal.....al.....  * In caso di terapie domiciliari reiterate riportare tutti i periodi previsti.
<b>1. 4 FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE</b>	Insegnanti del Consiglio di Classe e/o del Collegio dei docenti di questa scuola..... altri.....
<b>1. 5 ORE DI ATTIVITA' PREVISTE PER SINGOLE DISCIPLINE</b>	Monte ore settimanali Materia.....n° ore/settimana..... Materia.....n° ore/settimana..... ecc.
<b>1. 6 ATTIVITA' COLLEGIALI</b>	Contatti tra coordinatori o eventuali consigli di classe congiunti, scuola ospedaliera – scuola di provenienza, da attuarsi dal vivo o in videoconferenza:  ● in entrata ** n. ore..... ● in itinere n. ore..... ● in conclusione (se previsto rientro nella scuola ospedaliera) n. ore.....
<b>1. 7 FINANZIAMENTO RICHIESTO</b>	Totale €..... €.....ad ora per insegnamento disciplinare

**\*\* Per definire le potenzialità dell'alunno in relazione alle sue condizioni psicofisiche, delineare i suoi bisogni formativi, anche come continuità di quanto già attuato nella sezione scolastica ospedaliera.**

## 2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO

<b>2. 1 OBIETTIVI GENERALI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. garantire il diritto allo studio</li><li>b. prevenire l'abbandono scolastico</li><li>c. favorire la continuità del rapporto insegnamento – apprendimento.</li><li>d. Mantenere rapporti affettivi con l'ambiente di provenienza</li><li>e. altro</li></ul>
<b>2. 2. OBIETTIVI SPECIFICI</b>	In relazione alle discipline coinvolte e in continuità con l'attività della scuola ospedaliera
<b>2. 3 ATTIVITA' DIDATTICHE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. lezioni in presenza</li><li>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)</li><li>c. azioni di verifica in presenza e/o in modalità telematica (chat, e-mail, ecc.)</li><li>d. altro</li></ul>
<b>2. 4 METODOLOGIE EDUCATIVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. relazione di sostegno (counselling)</li><li>b. apprendimento individualizzato</li><li>c. apprendimento cooperativo a distanza</li><li>d. altro</li></ul>
<b>2. 5 METODOLOGIE DIDATTICHE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. didattica breve</li><li>b. didattica modulare</li><li>c. didattica progetti</li></ul>

## 3 ATTIVITA' DI VERIFICA E VALUTAZIONE

**VEDI RELAZIONE FINALE**

## ISTRUZIONE DOMICILIARE

## RILEVAMENTO DISPONIBILITA' DOCENTI

Al fine di organizzare il servizio scolastico domiciliare, si invitano i docenti interessati a dichiarare la propria disponibilità

[illegible]

**PROGETTO DA PRESENTARE ALLA SCUOLA POLO**

<b>ELEMENTI UTILI</b>
1- Certificazione medica ospedaliera
2- Richiesta/assenso della famiglia
3- Responsabile del progetto
4- Situazione di partenza
5-Progetto educativo <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Destinatario/i</li> <li>b. Obiettivi</li> <li>c. Metodologie</li> <li>d. Fasi operative</li> <li>e. Modalità di verifica e valutazione</li> </ul>
6-Rilevazione dei bisogni <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Risorse e tempi</li> </ul>
7- Piano dei costi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Costo personale</li> <li>b. Costo attrezzature</li> <li>c. Finanziamento richiesto</li> <li>d. Altri finanziamenti</li> </ul>

<b>PROGETTAZIONE</b>
1- Definizione di un progetto condiviso tra scuola, operatori sanitari e famiglia
2- In presenza di scuola in ospedale, questa concorda con la scuola di appartenenza il progetto e individua una figura tutoriale.
3- In assenza di scuola in ospedale, è il Consiglio di classe dell'alunno a presentare il progetto
4- In assenza di scuola in ospedale e nella impossibilità di intervento della scuola di appartenenza dell'alunno, sarà il coordinatore del servizio scolastico erogato in ospedale ad attivare il progetto mediante l'affidamento del ragazzo o ad una scuola territoriale corrispondente oppure attraverso la costituzione di un pool di scuole, con presentazione del progetto alla scuola polo di riferimento.

<b>REALIZZAZIONE</b>
1- In presenza
2- Prevalentemente a distanza (ricaduta positiva sui docenti e sui compagni di classe)
3- Mista

<b>METODOLOGIE</b>
1- Coerenti con le scelte culturali del P.O.F.
2- Mirate ai saperi essenziali per conseguire in particolare le competenze richieste.
3- Che prevedano ambienti simulati utilizzando il contesto virtuale.
4- Che privilegino apprendimenti relativi alle aree disciplinari pur con valutazioni e verifiche delle singole materie.

<b>VERIFICHE E VALUTAZIONI</b>
1- Che evidenzino i processi di apprendimento.
2- Che consentano la declinazione delle competenze acquisite (Portfolio formativo individuale).

DENOMINAZIONE DEL PRESIDIO SANITARIO  _____ _____ _____
--

DENOMINAZIONE DELLA SEZIONE OSPEDALIERA  _____ _____ _____
---

Al Dirigente Scolastico

---

---

---

Ai docenti della scuola

---

---

---

---

---

---

**Oggetto:RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE.**

Con la presente si certifica che l'alunno \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
è iscritto alla classe \_\_\_\_\_, è attualmente in cura presso la clinica di \_\_\_\_\_

Per il trattamento a cui è sottoposto \_\_\_\_\_ e  
per \_\_\_\_\_  
non potrà frequentare la scuola fino a \_\_\_\_\_

Pertanto si richiede l'attivazione del servizio di insegnamento domiciliare, per quanto possibile, in riferimento alla C.M. 149 prot. 40 del 10/10/2001 ed alla C.M. 56 prot. 591 del 4/07/2003.

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

Il medico del reparto

---

Il docente ospedaliero

---

## MODELLI DI INTERVENTO DIDATTICO PER LA SCUOLA

DOMANDE	RISPOSTE
<p><b>COME FARE UN PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE DA PRESENTARE ALLA SCUOLA POLO REGIONALE?</b></p>	<p>Alla domanda rispondiamo con i documenti allegati alla presente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1-Certificazione medica (a cura dell'ospedale)</li> <li>2-Modulo di del servizio scolastico domiciliare (da compilare a cura dei genitori)</li> <li>3-Scheda del progetto per l'attuazione di interventi di istruzione domiciliare</li> <li>4-Scheda di rilevamento disponibilità docenti.*</li> <li>5- Scheda oraria di attività svolte dall'alunno*</li> <li>6-Monte ore annuale.**</li> <li>7-Relazione finale del progetto di istruzione domiciliare.**</li> </ol> <p>* Documenti ad uso interno della scuola.  ** Documento per uso interno e da inviare alla scuola polo come consuntivo.</p>
<p><b>COME SCEGLIERE GLI INSEGNAMENTI E QUANTE ORE IMPARTIRE?</b></p>	<p>A nostro avviso, è il confronto con i docenti della scuola in ospedale che può aiutare i docenti della scuola di provenienza a rispondere a queste domande. Loro, infatti, avendo lavorato con il ragazzo nel periodo di degenza ed essendosi rapportati con il personale sanitario, possono individuare i bisogni formativi del ragazzo (tra cui le discipline e le aree disciplinari), anche in relazione alle sue capacità di concentrazione e di carico orario, legate alle condizioni psicofisiche del momento e pregresse.</p> <p>Per quanto riguarda il monte ore da destinare ai singoli progetti, ci sembra opportuno tenere presente che:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) il rapporto duale di insegnamento-apprendimento richiede notevoli capacità attentive e quindi un carico orario ridotto;</li> <li>b) dato che i fondi destinati a questo servizio non sono inesauribili, riteniamo preferibile dare questa opportunità ad un maggior numero di fruitori con un minor monte ore di attività educativo didattica.</li> </ol>



## **INDICAZIONI PER LA STESURA DEL PROGETTO**

La scheda **“Progetto per l’attuazione di interventi di istruzione domiciliare”** e il **modello di rendicontazione finale** sono da considerare vincolanti per quanto riguarda i capitoli proposti, mentre i singoli elementi e gli indicatori sono suggeriti al solo scopo illustrativo e di intervento.