

ALLEGATO 1

RICHIESTA DELLA FAMIGLIA PER IL SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE

Al Dirigente scolastico della Scuola.....

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

chiede che il/la proprio/a figlio/a 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: _____

Allega alla presente la Certificazione Sanitaria rilasciata da: _____

Data _____

Firma di entrambi i genitori



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per la Campania

Direzione Generale

Ufficio III – Politiche formative e progetti europei. Politiche giovanili

**PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE
ANNO SCOLASTICO 2025/2026**

Richiesta di finanziamento da inviare a:

- *Direzione Generale dell'U.S.R. per la Campania: drca@postacert.istruzione.it*
- ♦ *U.S.R per la Campania - Ufficio III, Via Ponte della Maddalena, 55 – 80142 Napoli – annunziata.defalco@scuola.istruzione.it*
- ♦ *Scuola Polo Regionale I.C.17° "Angiulli", Piazza M. Pagano,1 – 80137 Napoli – naic8hq00c@istruzione.it*

Parte A

NOTIZIE RELATIVE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA RICHIEDENTE		
Denominazione Istituto		
Codice Meccanografico		
Dirigente Scolastico		
Indirizzo scuola		
Tel.	Fax	e-mail
Docente referente: Nome:		Cognome:
Recapito telefonico:		

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO PER IL QUALE SI CHIEDE IL SERVIZIO SCOLASTICO DOMICILIARE:	
Nome	
Cognome	
Indirizzo	
Tel	
Eventuale altro domicilio/residenza	
Tel	
Scuola	
Classe frequentate	

ALLEGATO 3 – MOD. B1

A.O. che ha rilasciato la certificazione sanitaria	
---	--

Parte B

DATI RELATIVI AL PROGETTO			
Delibera del Collegio dei Docenti	N°	Del	
Delibera del Consiglio di Circolo/Istituto	N°	Del	
Durata del progetto:	dal.....	al.....	
Ore previste di insegnamento domiciliare	Monte ore settimanale	Monte ore complessivo	
Figure professionali coinvolte	<ul style="list-style-type: none"> • N° Insegnanti del consiglio di classe : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> N.docente di sostegno..... <input type="checkbox"/> N.docenti classe comune • N° Insegnanti dell'Istituto di appartenenza _____ • N° Insegnanti di Istituti diversi da quello di appartenenza _____ • N° Insegnanti di scuola in ospedale _____ 		
Attività di coordinamento previste:	<input type="checkbox"/> Partecipazione ai consigli di classe <input type="checkbox"/> Contatti tra coordinatori <input type="checkbox"/> Altro.....		
Programmi d'intervento definiti di concerto con l'A.O. che ha rilasciato la certificazione sanitaria		
MATERIE/DISCIPLINE CHE SI INTENDE ATTIVARE			
Materie: <i>elencare le materie/discipline e le ore settimanali e complessive</i>	materie/aree disciplinari	ore settimanali	ore complessive
Le lezioni si svolgono:			
Presso il domicilio dell'alunno []	Presso altra sede [] Specificare:.....		
DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO			

ALLEGATO 3 – MOD. B1

Obiettivi generali	<ul style="list-style-type: none"> ○ Garantire il diritto allo studio ○ Prevenire l'abbandono scolastico ○ Favorire la continuità del rapporto apprendimento-insegnamento ○ Mantenere rapporti relazionali/affettivi con l'ambiente di provenienza ○
Obiettivi specifici (in relazione alle discipline coinvolte)
Metodologie educative
Metodologie didattiche
Attività didattiche
Utilizzo delle tecnologie informatiche per la didattica si [] no []	Se sì quali? <ul style="list-style-type: none"> ○ E-mail, chat ○ Forum ○ Videoconferenza ○ E-learning RICHIESTA DI ATTREZZATURE PER ATTIVAZIONE di progetti a distanza: <i>(Tale richiesta va prodotta alla Scuola Polo Regionale- I.C. 17° ANGIULLI, Via M. Pagano, 1 – Napoli)</i> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO </div>

PIANO PER IL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

(Il contributo finanziario dell'U.S.R. sarà erogato esclusivamente per la retribuzione delle ore aggiuntive d'insegnamento. Tutte le altre spese sono totalmente a carico del Fondo d'Istituto)

COSTI

n° ore aggiuntive di insegnamento domiciliare.....

Costo previsto L.D.

(€ 38,50 per n. ore previste) €.....

CO-FINANZIAMENTO DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA L.D. (Fondo d'Istituto – ex Legge 440)

€

FINANZIAMENTO RICHIESTO ALL'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA (FONDI MIM)

L.D. €.....

TOTALE COSTO PROGETTO L.D. €

Altri Finanziamenti del progetto:

Fondi pubblici (EE.LL., Provincia, Regione)

Fondi privati (Fondaz., Enti, Associazioni)

Altro.....

Totale Altri finanziamenti

Finanziamenti richiesti:

€

€

€

€

Finanziamenti ottenuti:

€

€

€

€

Data

Timbro

Il Dirigente Scolastico

Certificazione obbligatoria da allegare:

1. Richiesta della famiglia per l'attivazione del servizio scolastico domiciliare.
2. Certificazione sanitaria con nulla osta medico all'istruzione domiciliare, rilasciata dall'Azienda Ospedaliera o da altra struttura pubblica, comprovante la grave patologia e la prevedibile assenza dell'alunno/a dalle lezioni per più di 30 giorni.

ALLEGATO 4

INTESTAZIONE DELLA SCUOLA

RENDICONTAZIONE PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE

ANNO SCOLASTICO 2024/2025

DENOMINAZIONE SCUOLA: _____

CODICE IBAN BANCA D'ITALIA: _____

PERIODO DI EFFETTUAZIONE DEL PROGETTO DAL _____ AL _____

ALUNNO BENEFICIARIO _____

INSEGNANTE/I CHE HA/HANNO ATTUATO IL PROGETTO (nominativo/i) _____

TOT. ORE LEZIONI AGGIUNTIVE EROGATE: _____

COSTO TOTALE L. D. N. Ore _____ x € 38,50 = € _____

Co-finanziamento dell'Istituzione Scolastica L.D. € _____

CONTRIBUTI CARICO AMM.NE:

INPDAP 24,20 % € _____

IRAP 8,50 % € _____

* INPS 1,61 % € _____

(*solo nel caso vada retribuito personale a tempo determinato)

IMPEGNO TOTALE L. S. € _____

IL D.S.G.A.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO