

## 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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3 – MOD. B1***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](mailto:drca@postacert.istruzione.it)*
- *U.S.R per la Campania - Ufficio III, Via Ponte della Maddalena, 55 – 80142 Napoli – [annunziata.defalco@scuola.istruzione.it](mailto:annunziata.defalco@scuola.istruzione.it)*
- *Scuola Polo Regionale I.C.17° "Angiulli", Piazza M. Pagano, 1 – 80137 Napoli – [naic8hq00c@istruzione.it](mailto: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

|   |  |
|---|--|
| <b>A.O. che ha rilasciato la certificazione sanitaria</b> |  |
|---|--|

### Parte B

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

**ALLEGATO 3 – MOD. B1**

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

**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)*

## ALLEGATO 3 – MOD. B1

### 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**