

<p style="text-align: center;">Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia Romagna</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">Checkpoint@USRER</p>	<p style="font-size: 2em;">Iscrizioni on line</p>
<p> <a href="#">Home page</a>              <a href="#">Area USR CSA</a>              <a href="#">Privacy</a> </p>	

XXXXXXXXX YYYYYYYYYYYYYYYYYYY

**Richiesta di finanziamento per il progetto di istruzione domiciliare a.s.2009-2010**

**Codice meccanografico della Istituzione scolastica richiedente**

XXXXXXXXXX

**A1. Codice meccanografico della SCUOLA frequentata dall'allievo**

**A2. Ordine di scuola**

Primaria	<input type="radio"/>
I grado	<input type="radio"/>
II grado	<input type="radio"/>

**A3.1 Tipo di progetto**

Progetto riferito ad allievo attualmente ospedalizzato in mancanza di scuola ospedaliera	<input type="radio"/>
Progetto riferito ad allievo già ospedalizzato	<input type="radio"/>
Progetto di istruzione domiciliare prestata presso casa/alloggio o casa/famiglia	<input type="radio"/>

**A3.2 Altre informazioni sul progetto**

Il progetto è iniziato nel presente a.s.	<input type="radio"/>
Il progetto prosegue dallo scorso a.s.	<input type="radio"/>

**A4. Nome dell'insegnante referente del progetto**

**A5. Iniziali del cognome dell'allievo (fino a tre, per cognomi composti)**




**A6. Iniziali del nome dell'allievo (fino a tre, per nomi composti)**




**A7. Sesso**

Maschio	<input type="radio"/>
Femmina	<input type="radio"/>

**A8. Classe frequentata**

selezionare la classe

**B1. Ospedale presso cui è stato ricoverato l'allievo**

**B2. Sede dell'ospedale**

**B3. Data di ricovero**

giorno:  mese:  anno:

**B4. Data di dimissione**

giorno:            mese:            anno:



**B5. L'allievo ha affrontato day hospital nel corso del periodo**

**in cui è stata prestata l'istruzione domiciliare?**

Si	<input type="radio"/>
No	<input type="radio"/>

**B6. Il certificato medico è stato emesso da:**

Ospedale in cui l'allievo è stato ricoverato	<input type="radio"/>
Medico specialista della patologia dichiarata	<input type="radio"/>

**B7.1 Se il certificato è stato emesso da un medico specialista, indicare:**

Cognome e nome dello specialista: \_\_\_\_\_

Specializzazione: \_\_\_\_\_

(v.intestazione del certificato) \_\_\_\_\_

**B8. Patologia dichiarata nel certificato**

--

**B9. Data di emissione del certificato**

giorno:  mese:  anno:

**B10. Il certificato medico richiede l'istruzione domiciliare?**

Si	<input type="radio"/>
No	<input type="radio"/>

**B11. Data di termine del periodo di domiciliazione indicata nel certificato medico**

giorno:  mese:  anno:

**C1. La scuola ha acquisito la richiesta della famiglia per l'istruzione domiciliare?**

Si	<input type="radio"/>
No	<input type="radio"/>

**C2. Data della delibera del collegio dei docenti che approva il progetto di istruzione domiciliare**

giorno:  mese:  anno:

**C3. Data di effettivo inizio delle lezioni a domicilio**

giorno:  mese:  anno:

**C4. Data di termine delle lezioni a domicilio**

giorno:  mese:  anno:

**C5. Numero delle settimane in cui sono state effettivamente svolte le lezioni a domicilio**

--

**C6. Numero totale di ore aggiuntive effettivamente prestate**

--

**C7. Numero degli insegnanti che hanno effettuato lezioni a domicilio**

--

**C8. L'allievo ha svolto gli esami finali a domicilio?**

Si	<input type="radio"/>
No	<input type="radio"/>

**C9. L'allievo è certificato per handicap?**

Si	<input type="radio"/>

No

**C9.1 Le ore per le quali si richiede il finanziamento sono aggiuntive rispetto a quelle dell'insegnante di sostegno?**

 Sì No

**C9.1.1 Se NO, perchè?**

--

**D. Risorse finanziarie (indicare l'entità in euro degli importi richiesti)**

Disponibilità di fondi della scuola	Eventuale finanziamento ente locale	Eventuale finanziamento esterno diverso dal precedente	Somma richiesta con la presente istanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registra dati