

**Monitoraggi**

Progetti  
di istruzione  
domiciliare  
2010-  
2011

**Altre  
iniziative**

Video per  
Dirigenti  
scolastici

Gestione  
segnalazioni

XXXXXXXXXX

[Torna ad elenco  
alunni](#)

**Richiesta di finanziamento per il progetto di istruzione domiciliare a.s.2010-2011**

**Codice meccanografico della Istituzione scolastica  
richiedente**

XXXXXXXXXX

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

**A2. Ordine di  
scuola**

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

**A3.1 Tipo di  
progetto**

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

**A3.2 Altre informazioni sul  
progetto**

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

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**A7.****Sesso**

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

**A8. Classe frequentata**

selezionare la classe	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>
----------------------

**B2. Sede dell'ospedale**

<input type="text"/>
----------------------

**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?**

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

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

**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**

<input type="text"/>
----------------------

**B9. Data di emissione del certificato**

giorno:            mese:            anno:

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

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**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?**

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**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 presunta di termine delle lezioni a domicilio**

giorno:            mese:            anno:

**C5. Numero delle settimane di programmazione delle lezioni a domicilio****C6. Numero totale di ore aggiuntive prestate****C7. Numero degli insegnanti che effettueranno lezioni a domicilio****C8. L'allievo svolgerà gli esami finali a domicilio?**

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**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

**E. Eventuali comunicazioni della scuola**

--

[Home page](#)[Area USR CSA](#)[Privacy](#)Sito creato con [XOOPS 2.0.9](#) © USR Emilia-Romagna