



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE “G. BROTZU”  
LICEO SCIENTIFICO e LICEO ARTISTICO

Via Pitz'e Serra – 09045 – Quartu Sant'Elena

Tel. 070 868053 – Fax. 070 869026 – cais017006@istruzione.it – <http://liceoscientificoartisticobrotzu.edu.it/>

**PIANO FINANZIARIO**

**Progetto Istruzione Domiciliare**

**Istituto** \_\_\_\_\_

<b>1. Alunna/o (<u>non indicare dati personali</u>)</b>	Codice identificativo .....
<b>2. Didattica a domicilio</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se NO indicare la sede di svolgimento del progetto .....
<b>3. Didattica Digitale Integrata (domicilio dell'alunno e didattica a distanza)</b>	Attività didattica presso il domicilio dell'alunna/o e integrazione con la didattica a distanza con la classe (in base alle esigenze e alle prescrizioni mediche) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4. Didattica a distanza</b>	Interventi didattici esclusivamente a distanza Con la classe <input type="checkbox"/> Individualizzati per specifiche esigenze derivate dallo stato di salute o da altre comprovate motivazioni <input type="checkbox"/>
<b>5. Durata</b>	Dal ..... al* ..... Dal ..... al ..... Dal ..... al ..... Dal ..... al .....  <i>*In caso di terapie domiciliari reiterate riportare tutti i periodi previsti</i>

<b>6. Figure professionali coinvolte</b>	<input type="checkbox"/> Insegnanti del Consiglio di Classe <input type="checkbox"/> Insegnanti del Collegio dei Docenti di questa scuola <input type="checkbox"/> Altri	
<b>7. Ore di insegnamento <u>aggiuntivo</u> previste per singole discipline (presso il domicilio oppure a distanza)</b>	Monte ore settimanali disciplina ..... disciplina ..... disciplina .....	Totale ..... n° ore/settimana..... n° ore/settimana..... n° ore/settimana.....
<b>8. Ore di insegnamento <u>non aggiuntivo</u> (didattica digitale integrata o a distanza con la classe)</b>	Monte ore settimanali disciplina ..... disciplina ..... disciplina .....	Totale ..... n° ore/settimana..... n° ore/settimana..... n° ore/settimana.....
<b>9. Attività collegiali</b>	Incontri tra docenti impegnati nel progetto e il team docente/consiglio di classe dell'alunna/o e/o eventuali docenti di sezione ospedaliera	Totale n° ore .....
<b>10. Budget necessario</b>	- Per n° ore di attività didattica aggiuntiva - Per n° .....ore funzionali*	Euro..... ... Euro..... .
	- Totale	Euro..... .
<b>11. Modalità di finanziamento</b>	- Fondi dell'istituto e/o altri enti - Contributo richiesto all'U.S.R.	Euro..... ... Euro..... .

**\*Si precisa che le ore funzionali dovranno comunque essere finanziate con Fondi dell'Istituto**

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_