



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

Via Pitz'e Serra – 09045 – Quartu Sant'Elena  
Tel. 070 868053 – Fax. 070 869026 – cais017006@istruzione.it – http://liceoscientificoartisticobrodzu.edu.it/

**PROGETTO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

**SCUOLA PRIMARIA**  **SCUOLA SECONDARIA I grado**  **SCUOLA SECONDARIA II grado**

A.S. \_\_\_\_\_

**1. ISTITUZIONE SCOLASTICA:** \_\_\_\_\_

Codice meccanografico: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Comune Prov Codice postale. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Dirigente: \_\_\_\_\_

Referente del Progetto che si impegna a coordinare e monitorare il progetto:

\_\_\_\_\_

E-mail del Referente del Progetto: \_\_\_\_\_

N. telefono del Referente del Progetto \_\_\_\_\_

**2. DATI RELATIVI ALL'ALUNNO (non indicare dati personali)**

Codice: \_\_\_\_\_ (**NO codice SIDI**)

Scuola di appartenenza: \_\_\_\_\_

Classe e ordine/grado di scuola \_\_\_\_\_

L'alunno è in situazione di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92? SÌ  NO

È supportato dal docente di sostegno SÌ  NO



**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/>

Se sì, indicare numero di ore settimanali. \_\_\_\_\_

L'alunno è ricoverato in struttura con sezione di Scuola in ospedale SI  periodicamente  NO

Il Team docente/Consiglio di Classe collabora con i docenti di Scuola in ospedale condividendo il progetto didattico / educativo? SÌ  NO

**3. ISTRUZIONE DOMICILIARE**

**3.A. ISTRUZIONE DOMICILIARE CON PRESENZA DEI DOCENTI PRESSO IL DOMICILIO**

DELL'ALUNNA/O

Domicilio dell'alunno

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Richiesta scritta di I.D. da parte dei genitori Sì  No

**3. B. ISTRUZIONE DOMICILIARE IN MODALITA' DI DIDATTICA DIGITALE INTEGRATA  
(DIDATTICA A DISTANZA AD INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' IN PRESENZA)**

SI

NO

Si specificano a tal proposito le modalità

previste \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. C. ISTRUZIONE DOMICILIARE A DISTANZA (per specifiche esigenze derivate dallo stato di salute o da altre comprovate motivazioni )**



**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/>

Motivazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.D. DURATA DEL SERVIZIO DI ISTRUZIONE DOMICILIARE**

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Periodo effettivo di Istruzione domiciliare organizzato dalla scuola di appartenenza dell'alunno/studente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Monte ore settimanali (in base alle indicazioni contenute nella nota USR Sardegna)

Settimane di Istruzione domiciliare \_\_\_\_\_

Totale n° ore di lezione previste ..... di cui:

- n°.....di didattica in presenza
- n°.....di didattica digitale ad integrazione di quella in presenza
- n°.....di didattica a distanza ( di cui n°..... con la classe e n°..... di interventi individualizzati)

(si propongono i seguenti punti da sviluppare, eventualmente da modificare/integrare secondo le esigenze rilevate)

**4. FINALITÀ**

**5. OBIETTIVI EDUCATIVO/FORMATIVI**

**6. METODOLOGIE**

**7. STRUMENTI**

**8. MODALITÀ DI VERIFICA**

**9. MONITORAGGIO E INDICATORI DI SUCCESSO**

**10. OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO DISCIPLINARI E TRASVERSALI**

**11. TRAGUARDI PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE**

**12. CONTENUTI**

**13. DOCENTI COINVOLTI**

**14. ALTRE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE**

**15. PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITÀ CON LA FAMIGLIA**



**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/>

IL TEAM DOCENTE/ CONSIGLIO DELLA CLASSE \_\_\_\_\_

DISCIPLINA	FIRMA DOCENTE

**Luogo e data**  
\_\_\_\_\_

**Il Referente del Progetto**  
\_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**  
\_\_\_\_\_

**I Genitori**  
\_\_\_\_\_

IL PRESENTE PROGETTO VIENE APPROVATO NELLA SEDUTA  
DEL  
N. VERBALE \_\_\_\_\_