**Progetto di Scuola in Ospedale o Istruzione Domiciliare**

**(eliminare opzione non pertinente)**

|  |  |
| --- | --- |
| A.S. |  |
| Classe |  |
| Indirizzo di studi |  |
| Coordinatore di classe |  |
| Cognome e nome dello/a studente/ssa |  |
| Data e luogo di nascita |  |
| Residenza |  |
| Indirizzo mail |  |
| Presentazione dello stato di salute ed emotivo dello/a studente/ssa |  |

Compilare la seguente tabella indicando le discipline coinvolte nell’intervento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISCIPLINE CURRICOLARI** | **DISCIPLINE IN CARICO ALLA STRUTTURA OSPEDALIERA**  **[eliminare la colonna in caso di progetto di ID]** | **MONTE ORE SETTIMANALE ATTIVABILE (max 6 ore)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dopo un’attenta valutazione svolta a cura di ogni componente del Consiglio di classe si fornisce il dettaglio del PROGETTO educativo per ogni disciplina:

|  |  |
| --- | --- |
| Disciplina |  |
| Conoscenze essenziali e abilità minime coinvolte nella progettazione |  |
| Calendario dell’intervento |  |
| Metodologie attivate |  |
| Numero, struttura e tipologia delle prove di verifica durante il periodo di assenza |  |
| Criteri di valutazione personalizzati |  |
| Risorse finanziarie (indicare per ogni disciplina coinvolta il totale di ore da finanziare se non svolta tramite il recupero del monte ore settimanale non prestato) | Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore totali da finanziare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore totali da finanziare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il Consiglio di classe** | | |
| **DISCIPLINA** | **COGNOME E NOME** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE** |  |  |