PIANO FINANZIARIO

Progetto Istruzione Domiciliare

Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1. Dati relativi all’alunno:*** | nome …………………………………………………….  nato a ………………….. il…………………………  classe………… scuola………………………………………………. | | |
| **2. Sede di svolgimento** | Domicilio dell’alunno: via…………………………………………………………………………….. | | |
| ***3.* Durata** | Dal ……. al\*………..  Dal ……. al…………..  Dal ……. al …………  Dal ……. al………….  *\*In caso di terapie domiciliari reiterate riportare tutti i periodi previsti* | | |
| **4. Figure professionali**  **coinvolte** | * Insegnanti del Consiglio di Classe * Insegnanti del Collegio dei Docenti di questa scuola * Altri | | |
| **5. Ore di insegnamento**  **aggiuntivo previste per**  **singole discipline** | Monte ore settimanali disciplina …………………………..  disciplina …………………………..  disciplina ………………………….. | Totale ……………  n° ore/settimana……..  n° ore/settimana……..  n° ore/settimana…….. | |
| **6. Attività collegiali** | Incontri tra docenti impegnati nel progetto e il consiglio di classe dell’alunno e/o eventuali docenti di sezione ospedaliera | | Totale  n° ore …………… |
| **7. Budget necessario** | - Per n° ore di attività didattica aggiuntiva  - Per n°.…….ore funzionali | | Euro……………  Euro………….. |
| - Totale | | Euro………….. |
| **8. Modalità di finanziamento** | - Fondi dell’istituto e/o altri enti  - Contributo richiesto all’U.S.R. | | Euro……………  Euro………….. |

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_