

# Istituto Comprensivo Statale "LEONARDO DA VINCI"



Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di 1° Grado  
56022 Castelfranco di Sotto (Pisa) – Piazza Mazzini, 11  
TEL 0571487372 - Codice Fiscale n° 82000780500



PEC: [piic817001@pec.istruzione.it](mailto:piic817001@pec.istruzione.it) – e-mail: [piic817001@istruzione.it](mailto:piic817001@istruzione.it) –  
[www.scuolacastelfrancodisotto.edu.it](http://www.scuolacastelfrancodisotto.edu.it)

## INTEGRAZIONE AL PTOF

*approvato con delibera del Collegio Docenti n. 17 del 27/11/2024  
e delibera del C.I. n. 16 del 12/12/2024*

### PIANO PERSONALIZZATO di APPRENDIMENTO

**Per alunni istruzione domiciliare e/o in ospedale**

Il PPA è un documento redatto per alunni in istruzione domiciliare e/o ospedalizzati **per un periodo superiore al mese** che individua saperi essenziali, competenze, metodologie e modalità/tempi di valutazione per il periodo durante il quale sono assenti da scuola.

Viene redatto collegialmente dal Consiglio di Classe che lo presenta e condivide con la famiglia e l'alunno/a.

Deve essere consegnato alle famiglie all'inizio del servizio di istruzione domiciliare e consultabile da tutti i docenti compresi gli esterni del CdC e della Scuola in Ospedale.

Il PPA deve coinvolgere l'allievo/a per renderlo/a parte attiva del processo di apprendimento.

Ai Dirigenti Scolastici spetta il compito di assicurare l'ottemperanza piena e fattiva a questi impegni.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Anno scolastico           |  |
| Istituto                  |  |
| Classe e sezione          |  |
| Discipline di indirizzo   |  |
| Coordinatore del progetto |  |

|                                                                                              |             |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|
| <b>A. DATI ANAGRAFICI</b>                                                                    |             |            |
| <b>COGNOME E NOME</b>                                                                        |             | <b>M F</b> |
| Data e luogo di nascita                                                                      |             |            |
| Residente a                                                                                  |             |            |
| Telefoni di riferimento                                                                      |             |            |
| Indirizzi e-mail                                                                             |             |            |
| <b>B. CERTIFICAZIONE SANITARIA</b>                                                           |             |            |
| Certificazione rilasciata da<br>(struttura sanitaria o specialista di<br>struttura pubblica) |             |            |
| Periodo di assenza complessivo                                                               | Da<br><br>A |            |
| Specificare eventualmente periodi<br>in struttura sanitaria e in<br>istruzione domiciliare   |             |            |
| Indicare, se presente, docente di<br>riferimento nella struttura<br>sanitaria                |             |            |
| Patologia                                                                                    |             |            |

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eventuali elementi da segnalare rispetto al percorso scolastico e allo stato emotivo dell'alunno/a |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

Elencare nella colonna

**A** le discipline presenti nel percorso di studio

**B** nome dei **docenti interni** al CdC che effettueranno servizio di ID

**C** nome dei **docenti esterni** al CdC che effettueranno servizio di ID

**D** indicare presenza di eventuali **docenti scuola in ospedale** che si incaricano in tutto o in parte dell'insegnamento della disciplina

**E** discipline **studiate autonomamente dall'alunno/a** senza supporto di alcun docente

**F** docente che verifica discipline punto E

| A. DISCIPLINE CdC | B. DOCENTI INTERNI | C. DOCENTI ESTERNI | D. discipline in carico ospedale (indicare in tutto o in parte) | E. studio autonomo | F. discipline punto E verificate da docente di |
|-------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|
|                   |                    |                    |                                                                 |                    |                                                |
|                   |                    |                    |                                                                 |                    |                                                |
|                   |                    |                    |                                                                 |                    |                                                |
|                   |                    |                    |                                                                 |                    |                                                |
|                   |                    |                    |                                                                 |                    |                                                |

Dopo un'attenta valutazione svolta a cura di ogni componente del consiglio di classe si indicano per ogni disciplina.

**COMPLETARE LA PARTE SEGUENTE PER OGNI DISCIPLINA INDICATA NELLA COLONNA "A"**

**DISCIPLINA**

-SAPERI ESSENZIALI

-METODOLOGIA ADOTTATA

-STRUTTURA E TIPOLOGIA PROVE DI VERIFICA

-NUMERO DI PROVE DI VERIFICA DA EFFETTUARE DURANTE IL PERIODO DI ASSENZA

-GRIGLIA DI VALUTAZIONE DELLE PROVE SCRITTE E/O ORALI

## **PATTO CON LA FAMIGLIA E L'ALUNNO**

### **Si concordano:**

- ✓ modalità di comunicazione
- ✓ organizzazione di un piano di studio condiviso
- ✓ le metodologie
- ✓ le verifiche sia orali che scritte. Le verifiche orali dovranno essere privilegiate

### **GLI INSEGNANTI si impegnano a**

- ✓ a supportare l'alunno/a ad accettare in modo sereno e consapevole le proprie difficoltà di salute e a far emergere soprattutto gli aspetti positivi delle proprie potenzialità e della capacità di raggiungere comunque gli obiettivi prefissati
- ✓ guidare e sostenere l'alunno/a affinché conosca le proprie modalità di apprendimento, i processi e le strategie mentali più adeguati al proprio stile cognitivo e funzionali per lo svolgimento dei compiti richiesti
- ✓ collaborare in modo sinergico anche con i docenti non appartenenti al CdC per quanto riguarda la pianificazione degli interventi e le modalità di valutazione

### **LA FAMIGLIA si impegna a:**

- ✓ controllare costantemente le comunicazioni provenienti dalla scuola
- ✓ fornire (anche con l'aiuto della scuola polo) gli strumenti informatici
- ✓ collaborare con i docenti, segnalando eventuali disagi/difficoltà
- ✓ fornire sostegno alla motivazione e all'impegno nello studio
- ✓ valorizzare non soltanto l'aspetto valutativo, ma soprattutto quello formativo delle discipline

**Si autorizza / non si autorizza il C.d.C. ad avviare adeguate iniziative per condividere con la classe le ragioni dell'assenza, concordare modalità di contatto con i compagni, pianificare il rientro a scuola.**

Presentato e concordato con la famiglia il \_\_\_\_\_

| MATERIA | DOCENTE | FIRMA |
|---------|---------|-------|
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |
|         |         |       |

Genitori

Dirigente scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DURANTE IL PROGETTO

Il/La docente incaricato/a che si reca a casa dello studente in ID porta con sé il **registro** (modello OF) che fa firmare da un familiare.

Le ore svolte **on line** oltre il proprio orario di servizio devono essere certificate dal Dirigente scolastico sul registro (modello OF)

Il registro individuale del docente (**Modello OF**, Offerta Formativa) è relativo al

- monte ore complessivo individuato nel PPA
- attività svolte con l'alunno
- attestazione prove di verifica effettuate

Il registro, a fine progetto, deve essere firmato dal docente, vistato dal Dirigente scolastico e tenuto agli atti della scuola.

**Le ore complessive di progetto autorizzate dalla scuola polo non devono essere superate.** Possono invece variare le ore destinate ad una determinata disciplina o il nominativo del docente assegnato.

## MODELLO OF

### ISTRUZIONE DOMICILIARE

### REGISTRO ATTIVITÀ SVOLTE

Istituto \_\_\_\_\_

Docente \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

Allievo/a \_\_\_\_\_

Monte ore previsto (come da nomina del Dirigente scolastico) \_\_\_\_\_

Ore effettivamente svolte \_\_\_\_\_

Il Docente

Il Dirigente scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| DATA       | ORE<br>(dalle - alle) |  | n. ore | DISCIPLINA | ARGOMENTI SVOLTI<br>VERIFICHE | GENITORE<br>(FIRMA) |
|------------|-----------------------|--|--------|------------|-------------------------------|---------------------|
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
|            |                       |  |        |            |                               |                     |
| TOTALE ORE |                       |  |        |            |                               |                     |

Registro individuale docente

Relativo al monte ore complessivo, attività svolte con l'alunno, prove di verifica effettuate.