



IPSAR "G. MATTEOTTI"
- SEZ. OSPEDALIERA -

Via Garibaldi, 194 - 56124 Pisa
tel 050/94101 – fax 050/941031 - pirh01000d@istruzione.it
sezioneospedaliera@matteotti.it - www.matteotti.it

SCHEDA ANAGRAFICA ALUNNO/A

NATO/A..... il

RESIDENTE A

OSPEDALIZZATO DAL

ISTITUTO SCOLASTICO di appartenenza.....

CLASSE

Coordinatore.....

ATTIVAZIONE ISTRUZIONE DOMICILIARE SI NO

CONTATTI

	Nome e cognome	E MAIL	CELLULARE
Alunno/a			
Madre			
Padre			

Informativa :

_ Ai sensi dell'art. 24, comma 7 DPR n. 122/2009 i periodi di scuola ospedaliera, debitamente certificati e documentati, sono da considerarsi pienamente tempo scuola.

_ Ai sensi dell'art. 22 del D. Lgs 62/2017 i docenti della sezione ospedaliera trasmetteranno ai colleghi della scuola di provenienza dell'alunno/a elementi di conoscenza in ordine al suo percorso formativo individualizzato, ai fini della valutazione periodica finale .

_ I dati anagrafici e personali costituiscono autocertificazione ai sensi della L. del 15 maggio 1997 n. 127 e pertanto verranno considerati esatti ad ogni fine di legge .

Pisa,

Firma

del genitore odi chi ne fa le veci

.....

Consenso :

Al fine di poter svolgere l'attività didattica, si chiede al genitore, tutore, responsabile del degente (o del degente stesso se maggiorenne) , regolarmente iscritto ad un istituto di scuola secondaria superiore ,

- ☐ l'adesione esplicita al progetto formativo
- ☐ l'autorizzazione per l'eventuale accesso a tutte le informazioni necessarie all'integrazione tra il percorso scolastico e terapeutico e finalizzate ad un utile intervento nei confronti dell'alunno degente
- ☐ Il genitore o chi ne fa le veci autorizza con il consenso anche lo svolgimento dell'attività didattica .

Pisa ,.....

**Firma per il consenso
del genitore o di chi ne fa le veci**

.....

Trattamento dei dati personali :

informativa e consenso ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 /2003 e dell'art. 13 GDPR 679 /16 .

L'IPSAR “G. Matteotti”, via Garibaldi 194, 56124 Pisa, è responsabile del trattamento dei dati personali ivi presenti

Il/la sottoscritto/a , preso atto dell'informativa fornita dall'istituto IPSAR “G. Matteotti” ,

concede

nega

il consenso al trattamento dei dati .

Pisa,

**Firma
del genitore o di chi ne fa le veci**

.....

Al Dirigente Scolastico
del _____

Oggetto: Richiesta di servizio scolastico domiciliare.

Il/La sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
chiede che il proprio figlio/a possa fruire del servizio scolastico presso il proprio domicilio:
Comune: _____
Indirizzo: _____
Recapiti telefonici: _____
e-mail: _____
A partire dal _____ e presumibilmente sino a _____

DATI INFORMATIVI DELL'ALUNNO

Cognome: _____ Nome: _____
Nato/a il: _____ a _____ Prov. _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____ Tel: _____
Iscritto/a alla classe _____ della scuola _____
di _____ ind. _____
Via _____ tel: _____

luogo e data

firma

RICHIESTA ADESIONE ATTIVITA' FORMATIVA

Al Dirigente Scolastico
prof. Salvatore Caruso
IPSAR "Matteotti" -Pisa-

Io sottoscritto/a

in qualità di genitore /tutore dell'alunno/a.....

frequentante la classe..... di codesto Istituto

CHIEDO
ed **AUTORIZZO**

mio/a figlio/a partecipare all'attività denominata (Titolo) :

.....

organizzata da (Ente, Associazione, altro)

.....

nella persona responsabile dell'attività sig /sig.ra

Luogo e sede di svolgimento dell'attività

.....

Numero di incontri

data

orario di inizio e fine attività.....

Gli studenti raggiungeranno autonomamente luogo e sede dell'attività , al cui termine le attività didattiche si considereranno terminate .

Pisa,

FIRMA

DICHIARO

- di essere stato messo a conoscenza dagli organizzatori del corso, nelle opportune forme, delle modalità di effettuazione della suddetta attività.
- di essere a conoscenza che la vigilanza e la responsabilità degli studenti, durante tutto lo svolgimento delle attività, è esclusivamente a carico degli operatori promotori ed incaricati del progetto.
- di esonerare e sollevare da ogni responsabilità la scuola per eventuali danni a cose o persone derivanti dalla partecipazione alla suddetta attività.

Pisa,

Il/la dichiarante



IPSAR "G. MATTEOTTI"
- SEZ. OSPEDALIERA -

Via Garibaldi, 194 - 56124 Pisa
Tel. 050/94101 – Fax 050/941031 - pirh01000d@istruzione.it
sezioneospedaliera@matteotti.it - www.matteotti.it

MODULO DI AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE PER LA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' DIDATTICA

Al Dirigente Scolastico
IPSAR MATTEOTTI -PISA -
prof. Salvatore Caruso

Io sottoscritto ,
in qualità di genitore / tutore dell'alunno /a
frequentante la classe di codesto Istituto

AUTORIZZO

mio/a figlio/a a partecipare all'attività didattica denominata :

.....

L'attività si svolgerà nell'aula-studio della sezione ospedaliera (sita al I piano dell'edificio 1 dell'AOUP
"S. Chiara")

avrà una durata complessiva di n. ore

Numero di incontri programmati:

Data e orario :
.....
.....
.....

Dichiaro altresì di essere stato messo a conoscenza nelle opportune forme della modalità di effettuazione
della suddetta iniziativa.

Pisa,

FIRMA



IPSAR "G. MATTEOTTI"
- SEZ. OSPEDALIERA -

Via Garibaldi, 194 - 56124 Pisa
Tel. 050/94101 – fax 050/941031 - pirh01000d@istruzione.it
sezioneospedaliera@matteotti.it - www.matteotti.it

RELAZIONE FINE TRIMESTRE/QUADRIMESTRE
ANNO SCOLASTICO 2018/2019 - SEZIONE OSPEDALIERA

DOCENTE :

MATERIA di INSEGNAMENTO :

I PARTE DISCORSIVA: INQUADRAMENTO GENERALE

(caratteristiche complessive dello studente, situazione di partenza
in ordine di competenze e conoscenze, metodo di studio, atteggiamento , interesse, impegno, frequenza,
difficoltà incontrate, conseguimento obiettivi in relazione al PFI , altro)

II PARTE SINTETICA :

1) ORE DI LEZIONE EFFETTUATE :

2) MODALITÀ DI LAVORO :

3) ARGOMENTI AFFRONTATI :

4) LIBRI DI TESTO ADOTTATI :

5) MODALITÀ DI VALUTAZIONE E VERIFICA :

6) NUMERO ed ESITI VERIFICHE :

7) VOTO di PROFITTO :

8) VOTO di CONDOTTA :



IPSAR "G. MATTEOTTI"
- SEZ. OSPEDALIERA -

Via Garibaldi, 194 - 56124 Pisa
tel 050/94101 – fax 050/941031 - pirh01000d@istruzione.it
sezioneospedaliera@matteotti.it - www.matteotti.it

RELAZIONE FINALE
ANNO SCOLASTICO 2018/2019 - SEZIONE OSPEDALIERA

Docente _____

Materia _____

1. ORE DI LEZIONE EFFETTUATE

n. ore _____ effettive* di lezione su n. ____ ore settimanali previste

(* ore in cui gli alunni sono presenti e possono seguire la lezione)

2. MODALITÀ DI LAVORO

3. DIFFICOLTÀ INCONTRATE

4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI

5. MODALITÀ DI VALUTAZIONE E VERIFICA

6. LIBRI DI TESTO ADOTTATI

Firma del/della docente



IPSAR “G. MATTEOTTI”
- SEZ. OSPEDALIERA -

Via Garibaldi, 194 - 56124 Pisa

tel 050/94101 – tax 050/941031 - pirh01000d@istruzione.it
sezioneospedaliera@matteotti.it - www.matteotti.it