**ALL.1**

**CANDIDATURA**

***(da predisporre su carta intestata della scuola)***

**Dati dell’istituzione scolastica proponente:**

Denominazione:……………………………………………………………………………………………..

Codice meccanografico:………………………………………………………………………………………

AMBITO TERRITORIALE DI APPARTENENZA N. ………………PROVINCIA……………………

Indirizzo:…………………………………………………………………………………………..…………..

Comune:……………………………………………………… Provincia:….…………………….…………

CAP: ……………….. Tel: ………..…………………

Indirizzo di posta elettronica PEO/PEC: ……………………………………………….……………..……………….

Dirigente Scolastico: ……………………………………………………………………….…..…………...

Referente per la Scuola in ospedale: …………………………………..…………………………

Referente per l’Istruzione domiciliare………………………………………………………………..

Recapiti del Referente (cell./ e-mail):…………………………………………….……………...

|  |  |
| --- | --- |
| **La scuola è Scuola polo regionale per la scuola in Ospedale (SIO) e l’Istruzione domiciliare (ID). Indicare la data e l’anno del decreto DG USR Calabria.** | SI  NO |
| **La scuola ha attivato progetti di Istruzione domiciliare negli ultimi cinque anni** | SI N………………  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **La scuola ha realizzato progetti di ID utilizzando metodologie didattiche innovative.**  **Se sì, descrivere in sintesi il progetto e le metodologie utilizzate.** | SI …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………..  No |

|  |  |
| --- | --- |
| **La scuola ha promosso reti di scuole anche con Enti, Associazioni, Università ecc. Indicare data di costituzione della rete, denominazione delle scuole, degli enti ecc. coinvolti:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Esperienze di organizzazione e gestione di attività formative ( con finanziamenti MIUR) , negli ultimi 5 anni, per i docenti di SIO con le scuole appartenenti alla rete** | * da 1 a 5 esperienze * oltre 5 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Breve descrizione delle attività**  **di cui al punto precedente** | Attività 1:…  Attività 2: ….  Attività 3: …. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Esperienze di organizzazione e gestione di attività formative ( con finanziamenti MIUR) , negli ultimi 5 anni, per i docenti di ID** | * da 1 a 5 esperienze * oltre 5 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Breve descrizione delle attività**  **di cui al punto precedente** | Attività 1:…  Attività 2: ….  Attività 3: …. |

|  |  |
| --- | --- |
| **La scuola dispone di attrezzature tecnologiche messe a disposizione delle scuole che ne fanno richiesta per i propri alunni in istruzione ospedaliera o domiciliare, tramite comodato d’uso a titolo gratuito**. | SI  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **La scuola dispone di aula magna/auditorium**  **( precisare la capienza)** | SI  NO  Capienza: |

|  |  |
| --- | --- |
| **La scuola dispone di strumentazioni informatiche e telematiche indispensabili per l’eventuale necessità di insegnamento a distanza** | Sì  No |