Carta Intestata della scuola

Scuola in Ospedale

Rilevazione anno scolastico 2023/2024

|  |  |
| --- | --- |
| Dati della Struttura ospedaliera | |
| Struttura/e Ospedaliera/e presso la/le quale/i opera/no la/e sezione/i ospedaliera/e | Indicare la denominazione  1.  2.  3.  …………… |
| Direttore Generale  dell’Azienda Ospedaliera | Nome e cognome del Direttore Generale  (ai fini della compilazione del Modello Convenzione Tipo) |
| Delegato Direttore Generale dell’azienda Ospedaliera | Nome e cognome del Delegato  (ai fini dell’aggiornamento dei componenti del Decreto del Comitato Tecnico Regionale) |
| Referente/coordinatore della Direzione sanitaria | Nome e cognome  Indirizzo mail |
| Dati dell’Istituzione scolastica | |
| Istituzione scolastica | Denominazione:  Indirizzo mail:  n. di telefono:  Sito web: |
| Dirigente Scolastico | Nome e cognome:  Indirizzo mail:  n. di cellulare: |
| Docente/i Referente/i delle SiO-ID delegato/i dal Dirigente Scolastico | Nome e cognome:  Indirizzo mail:  n. di cellulare: |
| Sezione ospedaliera presente Ordine scuola  **(cancellare la/le voce/i che non interessa/no)** | Infanzia  indicare il Codice Meccanografico  indicare il Reparto  Primaria  indicare il Codice Meccanografico  indicare il Reparto  Secondaria di I grado  indicare il Codice Meccanografico  indicare il Reparto  Secondario di II grado  indicare il Codice Meccanografico  indicare il Reparto |
| Sezione Ospedaliera  (indicare per ciascuna sezione) | 1.nome della Sezione  indirizzo  n. di telefono  indirizzo mail  numero alunni *Esempio: 13 (circa)*  2. nome della Sezione  indirizzo  n. di telefono  indirizzo mail  numero alunni  ………………………….. |
| Reparto | Indicare per ciascun codice meccanografico il/i reparto/i dove la sezione opera e l’indirizzo:  esempio:  Codice meccanografico: XXXYYYY  *Esempio: 1. Reparto Neuroriabilitazione*  *2.Ortopedia*  *……………* |
| Dati Docenti ospedalieri | |
| Docente/i Coordinatore/i | Coordinatore della sezione XXXX  Nome e cognome:  Indirizzo mail:  n. di cellulare: |
| Numero docenti ospedalieri e cattedre | Ordine di scuola:   1. Docenti SiO (cattedra intera):   N. docenti ………….  Ore …………………  Classe di concorso/disciplina ……………..  N. docenti ………….  Ore …………………  Classe di concorso/disciplina ……………..   1. Docenti SiO (cattedra parziale) con indicazione delle ore svolte in ospedale:   N. docenti ………….  Ore …………………  Classe di concorso/disciplina ……………..  N. docenti ………….  Ore …………………  Classe di concorso/disciplina ……………..  *Esempio: Ordine di scuola: Infanzia*  *Docenti SiO (cattedra intera)*  *N. Docenti 1*  *Ore 22*  *Classe di concorso/disciplina* |
| Presenza di docenti neo immessi in ruolo: | Indicare:   1. il numero dei docenti neo immessi 2. la classe di concorso |
| Registro elettronico RESO | |
| Adozione Registro Elettronico RESO | Indicare SI / NO |
| Adesioni e Reti di scuole | |
| Adesione alla Rete Lazio S.iO. e I.D | Indicare SI o NO |
| Adesioni ad altre Reti di Scuola in Ospedale e ID | Indicare quali |
| Eventuali Osservazioni e/o criticità da segnalare | |
| Osservazioni |  |
| Criticità |  |

Data, Firma del Dirigente Scolastico