

RICHIESTA DI CONTINUITÀ DEL DOCENTE DI SOSTEGNO A.S. 2025/2026

c.a. Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta continuità Docente di Sostegno a.s. 2025/2026

I sottoscritti: _____
cognome e nome _____ luogo di nascita _____ data di nascita ____/____/____

cognome e nome _____ luogo di nascita _____ data di nascita ____/____/____

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

visto l'articolo 14, commi 3 e 3-bis, del D. Lgs. 13 aprile 2017, n. 66, come modificato dall'articolo 8 del D.L. 31 maggio 2024, n. 71, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, prevede la possibilità di conferma del docente di sostegno a tempo determinato su richiesta della famiglia dell'alunno/a in condizione di disabilità

visto il Decreto Ministeriale n. 32 del 26 febbraio 2025 disciplina l'attuazione di tale possibilità per l'anno scolastico 2025/2026

CHIEDONO

che il/la docente di sostegno _____, assegnato/a per l'a.s. 2024/2025 all'alunno/a sia confermato/a per l'a.s. 2025/2026, nel rispetto delle disposizioni vigenti e nell'interesse dell'alunno/a. Si allegano alla presente:

- copia del documento di identità del richiedente
- eventuale documentazione a supporto della richiesta

In attesa di un riscontro, si porgono distinti saluti.

_____, li _____

I genitori/tutori legali

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore/tutore legale
