OGGETTO: Richiesta di continuità del docente di sostegno per l'a.s.2025/26

Il/la sottoscritt_ _____ , nato/a a _____

Il _____ residente in _____ Via _____

E

Il/la sottoscritt_ _____ , nato/a a _____

Il _____ residente in _____ Via _____

GENITORI dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

della Scuola _____ a.s 2024/2025

PREMESSO CHE:

- L'articolo 14, commi 3 e 3-bis, del D.Lgs. 13 aprile 2017, n.66, come modificato dall'articolo 8 del D.Lgs 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'alunn_ con disabilità;
- Il Decreto Ministeriale n.32 del 26 febbraio 2025 disciplina l'attuazione di tale possibilità per l'anno scolastico 2025/2026;

CHIEDE

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: 1) Copia del documento d'identità del richiedente;
2) Eventuale documentazione a supporto della richiesta.

SORA, _____

FIRMA GENITORI

" Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori". **Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che tutto ciò dichiarato sia stato condiviso**

FIRMA del Genitore