

**Oggetto: MODULO RICHIESTA CONTINUITÀ DOCENTE DI SOSTEGNO
A.S. 2025/26**

IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I,

(GENITORE 1 NOME COGNOME) _____

(GENITORE 2 NOME COGNOME) _____

in riferimento al DECRETO MINISTERIALE 32 del 26 febbraio 2025 “*Misure finalizzate a garantire la continuità dei docenti a tempo determinato su posto di sostegno per l’anno scolastico 2025/2026, a norma dell’articolo 8, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 106*”,

CHIEDE/CHIEDONO

LA CONTINUITÀ DIDATTICA DEL/DELLA DOCENTE DI SOSTEGNO

(NOME E COGNOME) _____

per nostro/a figlio/a (NOME COGNOME) _____

frequentante l’ordine di scuola _____, la

classe/sezione _____, nella sede di _____ di

codesta Istituzione Scolastica, nell’anno scolastico 2024/2025 per le seguenti motivazioni:

Il/La/I sottoscritto/a/i, inoltre, dichiara/dichiarano di essere consapevoli che:

- la continuità del/della docente di sostegno è vincolata alla disponibilità del posto dopo lo svolgimento delle operazioni relative al personale a tempo indeterminato e all'accertamento del diritto alla nomina nel contingente dei posti disponibili da parte del/della docente interessato/a alla conferma;
- il/la docente di sostegno coinvolto/a dovrà concedere la disponibilità alla citata richiesta.

GOITO, (data) _____

Firma di entrambi i genitori/tutori

Si allega copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari in corso di validità