

Oggetto: MODULO RICHIESTA CONTINUITÀ DOCENTE DI SOSTEGNO

A.S. 2026/27

IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I,

(GENITORE 1 NOME COGNOME) _____

(GENITORE 2 NOME COGNOME) _____

In attuazione dell'articolo 14, commi 3 e 3-bis, del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107", l'articolo 13 dell'Ordinanza ministeriale n. 27 del 16 febbraio 2026,

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 2025/2026, 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