

Allegato A

**Al Dirigente scolastico
dell'Istituto comprensivo "R. Cotugno"**

Oggetto: RICHIESTA CONTINUITÀ DOCENTI DI SOSTEGNO

I sottoscritti (*GENITORE1 NOME COGNOME*) _____
(*GENITORE2 NOME COGNOME*) _____ in qualità di
genitori/tutori dell'alunno/a _____ in riferimento
al DECRETO-LEGGE 31 maggio 2024, n. 71 "Disposizioni urgenti in materia di sport, di
sostegno didattico agli alunni con disabilità, Art. 8 (Misure finalizzate a garantire la continuità
dei docenti a tempo determinato su posto di sostegno), per il regolare avvio dell'anno
scolastico 2025/2026

CHIEDONO

LA CONTINUITÀ DIDATTICA DEL DOCENTE DI SOSTEGNO (*NOME COGNOME*)
_____ già incaricato/a su posto di sostegno
nel corrente anno scolastico, frequentante codesta Istituzione Scolastica per il corrente anno
2024/25 nella classe _____ della scuola _____.

Luogo, (data) _____ __/__/2025

Firma di entrambi i genitori/tutori

1) _____

2) _____

Si allegano: copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari, in corso di validità.