

Alla/al Dirigente Scolastico

Istituto _____

indirizzo _____

RICHIESTA CONTINUITÀ DIDATTICA PER DOCENTI DI SOSTEGNO A TEMPO DETERMINATO

(ai sensi del DM 32 del 26 febbraio 2025)

Il/la sottoscritto/a _____ e Il/la sottoscritto/a _____
genitori dell'alunno/a | studentessa/studente _____ della
classe _____

considerato

quanto disposto dal DM 32 del 26 febbraio del 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)

chiedono

la possibilità di confermare la/il docente _____ per
l'anno scolastico 2025/26.

Luogo, data

FIRMA

(di entrambi i genitori)

