Distretto Scolastico n. 27
***ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE***
***L.S. – ISA - IPSIA***
*Via delle Ginestre, snc -*
*87055 San Giovanni in Fiore (CS)*
*Tel. 0984/992265 – Fax 0984/976010 C.F: 98113150787 - C.M.: CSIS078007*
*e_mail: csis078007@istruzione.it –* Pec: *csis078007*@pec.istruzione.it
Sito web: www.liceisgf.edu.it - codice Univoco UFYKK7

**Al Dirigente Scolastico**

**Al GLO della classe___sezione___**

**Al docente di sostegno Prof./Prof.ssa_____**

**SEDI**

**Oggetto: Richiesta di continuità del docente di sostegno per l'a.s. 2025/2026**

I sottoscritti:

1) _____, nato/a a_____ il _____

2) _____, nato/a a_____ il _____

genitori/tutori dell'alunno/a_____, frequentante la classe _____, sezione _____ del Liceo_____,

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.L. 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'alunno/a 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 prof./prof.ssa_____, 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 di identità del richiedente;
2. Eventuale documentazione a supporto della richiesta.

In attesa di un riscontro, si porgono distinti saluti.

Luogo e data:

Firma genitore 1 _____Firma genitore 2 _____