Alla c.a. della Dirigente Scolastica

dell’Istituto Comprensivo “P. Allori” di Iglesias

Dott.ssa Maria Giovanna Carta

**Oggetto: richiesta continuità didattica docente di sostegno**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori dell’alunno/alunna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_, dell’Istituto da Lei diretto,

* vista la normativa a favore del diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disabilità,
* visto il D. M. n. 32 del 26 febbraio 2025

nell’interesse primario di nostro/a figlio/a, coerentemente con i principi di continuità del progetto educativo-didattico e considerato il percorso di nostro/a figlio/a nell’anno scolastico 20\_\_/20\_\_ e la buona relazione instauratasi fra nostro/a figlio/a e i docenti della classe, nonché il/la docente incaricato/a su posto di sostegno, Maestra/o/Prof./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in quanto esercenti la responsabilità genitoriale,

**CHIEDONO**

la riconferma del/la docente di sostegno Maestra/o/Prof./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (data) **FIRME\***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*SI ALLEGANO DOCUMENTI D’IDENTITÀ DEI RICHIEDENTI

**se la firma è unica:**

1. Ai sensi del D.P.R. 445/2000 il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara che l’altro genitore è a conoscenza ed è d’accordo.

Firma del genitore dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_