

AL DIRIGENTE SCOLASTICO TAGLIANETTI CARMELA

**Oggetto: MODULO FAMIGLIE RICHIESTA CONTINUITA' DOCENTI DI SOSTEGNO
A.S. 25-26**

I SOTTOSCRITTI (GENITORE 1 NOME COGNOME) _____ (GENITORE
2 NOME COGNOME) _____

In riferimento al DECRETO-LEGGE 31 maggio 2024, n. 71 - **Art. 8 (Misure finalizzate
a garantire la continuità dei docenti a tempo determinato su posto di sostegno)**

CHIEDONO

PER IL PROPRIO FIGLIO/A, LA CONTINUITA' DIDATTICA DEL DOCENTE DI SOSTEGNO
(NOME COGNOME) _____

Per nostro figlio/a (NOME COGNOME) _____

frequentante codesta Istituzione Scolastica per l'anno scolastico 2024/2025.

Dichiarano di essere consapevoli che **la continuità del docente di sostegno è
vincolata alla disponibilità del posto dopo lo svolgimento delle operazioni relative
al personale a tempo indeterminato** (nelle quali rientra la procedura straordinaria
di nomina da GPS sostegno) e **l'accertamento del diritto alla nomina nel
contingente dei posti disponibili da parte del docente interessato alla conferma.
Altresì siamo coscienti che i docenti di sostegno coinvolti dovranno concedere
una disponibilità alla citata richiesta.**

Luogo _____ (data) _____

Genitore 1 (firma) _____

Genitore 2 (firma) _____

Si allega copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari in corso di validità