

AL DIRIGENTE SCOLASTICO I.P.S. A. FILOSI
E p.c. al GLO della classe _____ sez _____
Al/ai docente/i di sostegno interessato

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

studente\studentessa _____

I sottoscritti _____,

genitori/tutori dell'alunno/a _____ iscritto/a nel corrente anno

scolastico alla classe _____ sez. _____ INDIRIZZO _____

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;

CHIEDONO

che il/la docente di sostegno _____, assegnato/a per l'a. s. 2024/2025

allo/a studente\studentessa _____, sia confermato/a per l'a. s. 2025/26,

per le seguenti motivazioni: _____

Luogo e data

Firma di entrambi i genitori/tutori

1) _____

2) _____

Si allegano alla presente:

1. Copia del documento di identità del richiedente;
2. Eventuale documentazione a supporto della richiesta.