

Oggetto: MODULO DI RICHIESTA CONTINUITÀ DOCENTI DI SOSTEGNO A.S. 2026-2027

I sottoscritti:

NOME E COGNOME:

NOME E COGNOME:

genitori/tutori dell'alunno/a

frequentante la classe/sezione presso il plesso

in riferimento alla nota MIM n. 7766 del 26/03/2026 "Continuità dei docenti a tempo determinato su posto di sostegno per l'anno scolastico 2026/2027"

CHIEDONO

per il proprio figlio/a la CONTINUITÀ DIDATTICA DEL DOCENTE DI SOSTEGNO

(NOME E COGNOME)

per l'anno scolastico 2026/2027.

Contestualmente 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 e l'accertamento del diritto alla nomina nel contingente dei posti disponibili da parte del docente interessato alla conferma;
- i docenti di sostegno coinvolti dovranno concedere una disponibilità alla citata richiesta.

Luogo Data

Firma di entrambi i genitori: