AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. *"G. Gangale"*
Cirò Marina (KR)

E p.c. al GLO della classe_____sez_____
al Docente di Sostegno Interessato
SEDI

Oggetto: Richiesta di conferma del docente di sostegno per l'A.S. ____/__ – Studente/ssa _____ frequentante la classe ____ sezione ___

I sottoscritti _____ e _____,

genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale) dello studente/ssa _____

frequentante nell'anno scolastico in corso la classe _____ , sezione _____ di questo Istituto,

PREMESSO CHE:

- il **DM n. 32 del 26 febbraio 2025**, in attuazione dell'articolo **8 del DL n. 71/2024** , ha introdotto la possibilità di confermare il docente di sostegno già assegnato all'alunno, garantendo la continuità didattica;
- l' **articolo 14 del D.lgs. N. 66/2017** , modificata dalla normativa vigente, riconosce la continuità del rapporto educativo come elemento essenziale per il benessere e il successo scolastico dell'alunno con disabilità;
- la stabilità dell'insegnante di sostegno è un **fattore determinante** per la crescita didattica e personale dello studente, facilitando l'attuazione del **Piano Educativo Individualizzato (PEI)** e la realizzazione di un percorso formativo coerente e inclusivo;

CHIEDONO

che per l'anno scolastico _____**/**_____ venga confermata l'assegnazione del docente di

sostegno Prof./ssa _____ per il proprio/a figlio/a,

al fine di garantire la continuità del percorso didattico e favorire un ambiente educativo stabile e

funzionale ai suoi bisogni specifici.

In attesa di un riscontro, si porgono distinti saluti.

Luogo e data : _____

Firma dei genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale):

_____ _____

Si allegano eventuali documentazioni utili alla richiesta e documento di riconoscimento

***Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori** (cfr. art 155 del codice civile, modificato dalla L.54/2006)