

**Alla C.A. del
Dirigente Scolastico
I.I.S. M. Giua
In sede**

Oggetto: RICHIESTA CONTINUITÀ DOCENTE DI SOSTEGNO PER L' A.S. 2026-27

I sottoscritti _____ e _____, genitori dello
studente/essa _____, frequentante nell'a.s. 2025-26 la classe ____ di codesto
Istituto, sede di _____, in riferimento alla vigente normativa

CHIEDONO

La continuità didattica del docente di sostegno (indicare nome e cognome) prof/prof.ssa
_____ per l'a.s. 2026-2027.

Si dichiara di essere consapevoli che la continuità del docente di sostegno è subordinata ai requisiti previsti dalla
normativa vigente: valutazione e approvazione da parte del Gruppo di Lavoro Operativo (GLO), conferma della
disponibilità del/della docente interessato/a, verifica dei requisiti da parte del Dirigente Scolastico e approvazione
dell'Ufficio Scolastico Regionale.

Luogo, data

Firma dei genitori / tutori

Si allegano:

1. Copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari in corso di validità