Al Dirigente Scolastico ………………………………

Istituto………………………………

**Oggetto**: Richiesta di riconferma del docente di sostegno per l'alunno/a …………………………...

I sottoscritti……………………………………. e …………………………………. genitori (o esercente la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a ……………………………….., nato/a a ……………….…il ……………………….., frequentante la classe …………….. sezione …………………… di codesto istituto

**AL FINE DI AGEVOLARE LA CONTINUITÀ EDUCATIVA E DIDATTICA CHIEDONO:**

* ai sensi della normativa **DM n. 32 del 26.02.25,** di valutare la possibilità di riconfermare per l’anno scolastico 2025/2026, con precedenza assoluta rispetto al restante personale a tempo determinato l'insegnante di sostegno Sig./Sig.ra …………………………………………., il cui apporto è risultato fondamentale per il suo percorso di apprendimento e inclusione già assegnato/a nel trascorso anno scolastico 24/25;
* ritengono che la continuità didattica con il suddetto docente di sostegno, che già conosce l'alunno/a, le sue specifiche esigenze, il Piano Educativo Individualizzato (PEI) e le dinamiche della classe, sia un elemento cruciale per garantire l'efficacia dell'intervento educativo e il benessere psico-fisico del figlio/a;

Restiamo a disposizione per eventuali chiarimenti e porgiamo cordiali saluti.

Luogo e data…………………………………. Firma dei Genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_