

Oggetto: richiesta di continuità didattica ai sensi dell'art. 8 D.L. 71/2024

I sottoscritti:

- 1) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di genitori/ tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_ per l'a.s. 2024/25

CHIEDONO

ai sensi dell'art. 8 D.L. 71/2024 la continuità didattica del/dei docente/i di sostegno a tempo determinato (inserire il/i nominativo/i) \_\_\_\_\_ per le seguenti motivazioni:

---

---

---

---

---

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori/tutori

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Si allegano:

- 1) Copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari in corso di validità