

Anno Scolastico: 2025/2026

Al Dirigente Scolastico

dell'IIS "Ferrigno - Accardi"

Castelvetrano

I sottoscritti _____

(Nome e Cognome dei Genitori)

in qualità di: _____

Genitori/Tutore di

(Nome e Cognome dell'alunno/a)

Classe di frequenza: _____ Telefono: _____

E-mail: _____

con la presente, richiedono la continuità didattica per il docente di sostegno attualmente in servizio presso la classe del/la proprio/a figlio/a, in quanto ritengono che questa continuità sia fondamentale per il suo percorso educativo e formativo.

Motivazione della richiesta:

Dichiarano di essere a conoscenza che la valutazione della richiesta sarà effettuata dal Dirigente Scolastico, anche con il parere del Gruppo di Lavoro Operativo (GLO), e che la conferma definitiva del docente sarà comunicata dall'Ufficio Scolastico Provinciale (USP).

Data: _____ Firma dei Genitori/Tutore: _____

Si prega di restituire questo modulo compilato entro il 31 maggio 2025 presso la segreteria della scuola con allegato copia del documento di riconoscimento.