

***MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO***

***Istituto Comprensivo Statale “V. Vivaldi” Catanzaro***

*Viale Crotone, 57 - 88100 Catanzaro - Tel. 0961 31056*

*e-mail:* czic86700c@istruzione.it *-* pec: czic86700c@pec.istruzione.it *sito web:* [*www.icvivaldicatanzaro.edu.it*](http://www.icvivaldicatanzaro.edu.it/)

*Cod.Mecc. CZIC86700C Distretto n.1 - Codice fiscale 97061430795* *- Cod . Univoco: UFOMBW*

Alla c.a. del DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’Istituto Comprensivo

“V. Vivaldi” di Catanzaro (CZ)

czic86700c@istruzione.it

**Oggetto: Richiesta di conferma del docente di sostegno per l'a.s. 2025/2026 – Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante nell'anno scolastico in corso la classe \_\_\_\_ , sezione \_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 2025/2026 venga confermata l'assegnazione del docente di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

 Luogo, (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/2025

                                   Firma di entrambi i genitori/tutori

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allegano: copia dei documenti di riconoscimento dei firmatari, in corso di validità.**