**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**ERODOTO**

**OGGETTO: RICHIESTA CONTINUITA’ DIDATTICA DOCENTE DI SOSTEGNO A.S.2024/25 AI SENSI DEL DL 71/2024**

I SOTTOSCRITTI ………………………………………………………………../………………………………………………………………………

GENITORI (TUTORI/AFFIDATARI) DELL’ALUNNO/A …………………………………………………………………………………….

DELLA CLASSE ……………………. SEZ………….. DELLA SCUOLA ………………………………………………………………………

RICHIEDONO

- La continuità didattica su posto di sostegno nell’a.s.2024/25 per il/la docente ai sensi del DL 71/2024

…………………………………………………………………………………….………………………………………….

Firme genitori (tutori/affidatari)

………………………………………….

………………………………………….