

**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  
per l'a.s. 2024/25 alla classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

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

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

Santa Maria Capua Vetere-----

Firma di entrambi i genitori/tutori

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