

**Al Dirigente Scolastico  
dell'ISS "TEODOSIO ROSSI"  
di Priverno (Lt)**

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 \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ per le seguenti motivazioni:

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori/tutori

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

Si allegano:

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