



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"GIACOMO PACCINI"**
MBIC894003 - C.F. 83012430159
Codice univoco ufficio UFJ2GP
Via F. Baracca n°25 – 20845 Sovico (MB)
Tel. 039 2013458
E-mail mbic894003@istruzione.it
PEC mbic894003@pec.istruzione.it
Sito www.icpaccinisovico.edu.it



Circ. n . 4

08/09/2026

Ai Genitori/Tutori e p.c.
All'Ufficio didattica
All'Ufficio tecnico
Alla DSGA Sito web

Oggetto : Protocollo Regione Lombardia - USR per la somministrazione di farmaci a scuola

Gentili famiglie, si informa che, in base al protocollo sottoscritto tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale, la scuola deve essere tempestivamente informata sull'eventuale necessità di somministrazione di farmaci agli/alle alunni/e durante l'orario scolastico, nel pieno rispetto delle prescrizioni mediche. Per attivare la procedura è necessario che i genitori/tutori presentino entro il **18 settembre 2026**:

- richiesta scritta compilando i moduli A e C allegati alla presente circolare (da consegnare a mano alla segreteria didattica)
- certificazione medica con indicazioni precise su tempi, dosaggi e modalità di somministrazione (come riportato nei moduli A e C sopra indicati)

Si ricorda che NON sono consentite (auto)somministrazioni senza richiesta alla Dirigente Scolastica, senza prescrizione e senza autorizzazione.

Si ringrazia per la collaborazione.

In allegato: protocollo e moduli A e C

La Dirigente Scolastica
Concetta Marino
Firma autografata sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, c 2 Lgs. n 39/93



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"GIACOMO PACCINI"**
MBIC894003 - C.F. 83012430159
Codice univoco ufficio UFJ2GP
Via F. Baracca n°25 – 20845 Sovico (MB)
Tel. 039 2013458
E-mail mbic894003@istruzione.it
PEC mbic894003@pec.istruzione.it
Sito www.icpaccinisovico.edu.it



MODULO A

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "G.Paccini" Sovico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

per patologie croniche o in caso di emergenza

Il/La sottoscritto/a in qualità di

☐ Genitore ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore Cognome Nome nato/a il
codice fiscale

e frequentante nell'anno scolastico/.....la classe sez. della scuola
.....di essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE (barrare le voci che interessano)

- ☐ sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite
- ☐ la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
- ☐ la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE
in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data..... dal Dott.
.....
- ☐ sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

- ☐ al periodo dal al
- ☐ al corrente anno scolastico /.....

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento. Inoltre, comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data

Firme dei genitori/tutore

Numeri di telefono utili: Medico Curante Genitori

Note:

- la richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata e va rinnovata annualmente
- la validità della richiesta in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- i farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri, verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente alla scuola
- nel caso la richiesta viene presentata con la firma di un solo genitore, lo stesso dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita potestà genitoriale.

MODULO C

Al Dirigente Scolastico dell' I.C. "G.Paccini" di Sovico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza
– allegato al Certificato Medico –

Compilazione a cura MEDICO CURANTE Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

- Nome commerciale del farmaco:
- Principio attivo del farmaco.....
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia:
- ☐ **Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
- ☐ **Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola** (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
- ☐ **Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno**

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

.....

.....

.....

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:.....

Data,

Il Medico Curante