Istanza di Adozione Nazionale

MODULO
AD

Al Tribunale per i Minorenni di Milano

I sottoscritti coniugi:

Marito Cognome e Nome

Nato a _____ il _____
(Comune, Provincia) (data)

Professione

Numero di cellulare

Mail

Residente in
(Via, n° civico, città, CAP)

Moglie Cognome e Nome

Nata a _____ il _____
(Comune, Provincia) (data)

Professione

Numero di cellulare

Mail

Residenti in

con domicilio comune
(Via, n° civico, città, CAP)

❒ Coniugati dal _____ non separati neppure di fatto
(data)

❒ Conviventi dal _____
(data)

*I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente al Tribunale, in forma scritta via mail (**cancelleriaadozioni.tribmin.milano@giustizia.it**),ogni cambiamento della propria situazione familiare (a mero titolo esemplificativo nascita di figlio, separazione dal coniuge, morte, malattie sopravvenute, adozione, minori in affido, mutamento delle condizioni lavorative).*

CHIEDONO

a norma dell'art. 22 Legge 4.5.1983 n. 184 l'affidamento preadottivo di un minore ai fini di adozione nazionale.

Milano, _____
(data)

Firma _____

Firma _____

Elenco dei documenti da allegare alle istanze di adozione nazionale e internazionale

(art. 29 bis I comma legge 4 maggio 1983 n. 184 e succ. modifiche)

Le coppie che intendono presentare dichiarazione di disponibilità all'adozione nazionale (**mod. AD**) o internazionale (**mod. AI**) devono allegare all'istanza\e anche la documentazione di seguito indicata (da allegare a ciascuna domanda in copia libera) :

1. Certificato di matrimonio e, qualora non si sia sposati da almeno 3 anni, ulteriore documentazione che certifichi un periodo complessivo di convivenza di almeno 3 anni. A tal fine possono essere presentati contratti di affitto, contratti di acquisto di un immobile, certificati storici di residenza, etc. Nel caso di impossibilità a certificare la convivenza si chiede un atto notorio, alla presenza di due testimoni, da richiedere al tribunale di competenza;
2. Stato di famiglia;
3. Certificato rilasciato dal medico curante contenente l'anamnesi della persona con precisazioni per le patologie indicate nel **modulo CM**.

   Il predetto certificato deve contenere l'attestazione da parte del medico che, sulla base dei dati clinici, anamnestici e strumentali sopra indicati, i richiedenti siano in atto esenti da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante;
4. Analisi mediche (Hiv, epatiti, Tbc, Vdrl, Tpha) effettuate presso una struttura pubblica o convenzionata;
5. In caso di pregressa malattia dovrà essere depositato un certificato dello specialista in cui siano precisati: stato di salute del paziente, prognosi relativa alla qualità di vita attuale, curva di sopravvivenza e possibilità di recidiva (con la specifica di quale sarebbe la qualità della vita anche nel caso in cui comparissero recidive), studi attuali con ripercussioni sulla prognosi;
6. Autocertificazione relativa a condizioni personali e familiari degli aspiranti genitori adottivi (**mod. AU**);
7. Foto recente di coppia;
8. Dichiarazione di assenso dei genitori dei richiedenti che non si oppongono affinché i figli adottino un minore (**mod. DS**) o eventuale certificato di morte\autocertificazione;
9. Fotocopia dei documenti d'identità degli istanti.

Le coppie residenti fuori dal distretto della Corte d'Appello di Milano dovranno depositare anche relazione psicosociale ed eventuale decreto di idoneità all'adozione.

N.B.: OGNI DOMANDA NECESSITA DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

Facsimile certificato medico curante per l'idoneità sanitaria all'adozione

MODULO
CM

Il/La sottoscritto/a Dr.:

Cognome e Nome

Iscritto all'Ordine dei Medici di

Medico Curante della Sig./ra (Cognome, Nome) dal (data)

DICHIARA

(specificare tutte le patologie attualmente presenti)

Che il Sig./ra

- è affetto da patologie dell'apparato cardiocircolatorio ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da patologie dell'apparato respiratorio ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  tubercolosi ○ Sì ○ No

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da diabete ○ Sì ○ No

  se Sì, specificare se insulinodipendente ○ Sì ○ No

  compenso glicometabolico

  complicanze

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da altre patologie endrocrine ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da patologie psichiche ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

- fa/ha fatto uso di sostanze psicoattive ○ Sì ○ No

  abuso di alcool ○ Sì ○ No

  uso di stupefacenti ○ Sì ○ No

  uso di sostanze psicotrope ○ Sì ○ No

  se Sì, specificare quali e con che modalità di assunzione

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da patologie del sistema nervoso ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche ○ Sì ○ No

  se Sì, specificare con che frequenza e quando si è manifestata l'ultima

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie ematologiche ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie autoimmuni ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie infettive ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie gastrointestinali ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie osteoarticolari ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da patologie dell'apparato uro-genitale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da patologie dell'apparato riproduttivo ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

- è affetto da patologie di tipo oncologico ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quali

  assume terapia ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ Sì ○ No

  se Sì, indicare quando e per quanto tempo

  per tale patologia è in cura presso

Osservazioni clinico -anamnestiche

Tutto ciò premesso, sulla base dei dati anamnestici, clinici e strumentali in mio possesso il/la sig./ra

è esente da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante ○ Sì ○ No

Milano,

Firma _____

(data)

Autocertificazione relativa alle condizioni personali e familiari degli aspiranti genitori adottivi	**MODULO AU**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome

Nato/a a (Comune, Provincia) Il (data)

Residente in (Via, n° civico, città, CAP)

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, in conformità a quanto previsto dalla L. 15.05.1997 n. 127 e succ. modifiche,:

- di essere stato riconosciuto invalido civile o del lavoro ○ SI ○ NO

  se SI, indicare con quale percentuale

- di essere affetto da patologie fisiche e/o psichiche ○ SI ○ NO

  se SI, indicare quali

  assume terapia ○ SI ○ NO

  se SI, indicare quale e in che dosaggio

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ SI ○ NO

  se SI, indicare quando e per quanto tempo

- fa/ha fatto uso di sostanze psicoattive ○ SI ○ NO

  abuso di alcool ○ SI ○ NO

  uso di stupefacenti ○ SI ○ NO

  uso di sostanze psicotrope ○ SI ○ NO

  se SI, specificare quali e con che modalità di assunzione

  di essere stato ricoverato in ospedale ○ SI ○ NO

se SI, indicare quando e per quanto tempo

per tale patologia è in cura presso

- che è stata accertata una causa di sterilità ○ SI ○ NO

  se SI, indicare quando e da chi è stata accertata la causa della sterilità

- ha effettuato trattamenti di procreazione medicalmente assistita ○ SI ○ NO

  se SI, quante volte

  se NO, indicare il motivo

- di aver interrotto ogni percorso di fecondazione ○ SI ○ NO

  se SI, indicare a quando risale l'ultimo tentativo

- di aver avuto minori in affido etero familiare ○ SI ○ NO

  se SI, indicare se l'esperienza è ancora in corso

- di aver presentato domanda di adozione nazionale/internazionale anche presso il Tribunale per i Minorenni di _____

  Con il seguente esito: (per es. comunicare se sono stati proposti abbinamenti o se è stato pronunciato decreto di idoneità o di rigetto): _____

Dichiara, inoltre, di avere riferito fedelmente quanto sopra indicato.

Milano, _____ **Firma** _____

(data)

Dichiarazione sostitutiva Resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445	**MODULO** **DS**

Al Tribunale per i Minorenni di Milano

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome _____

○ Padre ○ Madre di _____

(Cognome, Nome)

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le dichiarazioni mendaci e le falsità in atti; avvisato che, in conformità a quanto disposto dal D.P.R. N. 445/00 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) , qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefìci eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; avvisato che le informazioni, assunte per il raggiungimento delle finalità istituzionali di questo Tribunale per i Minorenni, potranno essere trattate in via informatica anche per comunicare dati statistici in forma anonima ad altri Enti Pubblici, rilascio le seguenti dichiarazioni:

(Selezionare le voci interessate)

❒ di essere nato/a _____ Il _____

(Comune, Provincia) (data)

❒ di risiedere in _____

(Via, n° civico, città, CAP)

❒ di essere a conoscenza dell'intenzione di mio figlio/ figlia e mio genero/ nuora, di adottare un bambino, a tal fine esprimo il mio consenso.

Milano, _____

(data)

Firma _____

(firma del dichiarante)