

**Domanda di Adozione
art. 44 lett. B – L.184/83**

MODULO
Art 44

Al Tribunale per i Minorenni di Milano

Cognome e Nome

Nato a

il

(Comune, Provincia)

(data)

Numero di telefono

Mail

Residenti in

CHIEDE

venga fatto luogo all'adozione del minore/i

Cognome e Nome

Nato a

il

Cognome e Nome

Nato a

il

Figlio/i del/la consorte e di

Nato a

il

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. mod.

di essere coniugato/a con:

Cognome e Nome

Nato/a a

il

(Via, n° civico, città, CAP)

Milano,

(data)

Firma _____

Firma _____

Documenti da allegare:

- atto integrale di nascita del minore o in caso di minore straniero certificato di nascita;
- certificato di matrimonio (*se la domanda è proposta da una coppia e se coniugati*);
- stato di famiglia;
- Certificato rilasciato dal medico curante contenente l'anamnesi della persona con precisazioni per le seguenti patologie come da **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;
- Analisi mediche (Hiv, epatiti, Tbc, Vdrl, Tpha) effettuate presso una struttura pubblica o convenzionata
- Se i genitori del minore sono deceduti allegare certificato di morte; se sono viventi dovrà essere allegata la dichiarazione di assenso all'adozione acquisita innanzi ad Autorità legittimata a rilasciare tale dichiarazione.
Se l'assenso non può essere reso per irreperibilità del genitore che lo deve prestare, dovrà essere fornita documentazione idonea che ne attesti l'irreperibilità.

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

dal

(Cognome, Nome)

(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 endocrine ☐ 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,

(data)

Firma _____