

**Dichiarazione di disponibilità con richiesta di idoneità
Istanza di Adozione Internazionale
da parte di persona di stato civile libero (persona singola)**
(art. 29 bis 1° comma Legge 4 Maggio 1983 n. 184 e successive modifiche)

MODULO

AI

Al Tribunale per i Minorenni di Milano

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome

Nato a

Il

(Comune, Provincia)

(data)

Nazionalità

Numero di cellulare

Mail

Residente in

(Via, n° civico, città, CAP)

di stato civile libero (celibe, nubile, vedovo/a, divorziato/a, non convivente di fatto o unito civilmente)

Il/La sottoscritto/a si impegna 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 cambiamento dello stato civile libero – per il caso di matrimonio o di unione civile -, costituzione di una convivenza di fatto senza dichiarazione all'ufficio di stato civile, nascita di figlio, malattie sopravvenute, adozione, minori in affidamento, mutamento delle condizioni lavorative).

DICHIARA

di essere disponibile ad adottare uno o più minore/i straniero/i e a tal fine

CHIEDE

di essere dichiarato/a idoneo/a all'adozione internazionale.

Milano,

Firma _____

Elenco dei documenti da allegare alla istanza di adozione internazionale

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

La persona di stato civile libero che intende presentare dichiarazione di disponibilità all'adozione internazionale (**mod. AI**) deve allegare all'istanza anche la documentazione di seguito indicata :

1. Certificato anagrafico di stato civile libero;
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, il richiedente sia in atto esente 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 dell'aspirante genitore adottivo (**mod. AU**);
7. Foto recente;
8. Dichiarazione di assenso dei genitori del/della richiedente che non si oppongono affinché il/la figlio/a adotti un minore (**mod. DS**) o eventuale certificato di morte\autocertificazione;
9. Fotocopia dei documenti d'identità dell'istante.

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

**MODULO
CM**

II/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,

Firma _____

(data)

Autocertificazione relativa alle condizioni personali e familiari dell'aspirante genitore adottivo

MODULO
AU

II/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome

Nato/a a

II

(Comune, Provincia)

(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 affidamento etero familiare ☐ SI ☐ NO

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

- di aver presentato domanda di adozione internazionale quale soggetto di stato civile libero 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,

(data)

Firma _____

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; avisato 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 benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; avisato 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

(Comune, Provincia)

Il

(data)

☐ di risiedere in

(Via, n° civico, città, CAP)

☐ di essere a conoscenza dell'intenzione di mio figlio/ figlia, di adottare un bambino, a tal fine esprimo il mio consenso.**Milano,**

(data)

Firma

(firma del dichiarante)

