

**Istanza di Adozione Nazionale IN ESTENSIONE per
coppie residenti fuori dal distretto della Corte di Appello
di Milano**

**MODULO
AN1**

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

Residente in

con domicilio comune

(Via, n° civico, città, CAP)

☐ Coniugati dal

non separati neppure di fatto

(data)

☐ Conviventi dal

(data)

I sottoscritti dichiarano che è stata conclusa l'istruttoria per l'istanza di adozione nazionale presso il competente Tribunale per i Minorenni di _____ e di ☐ avere ☐ non avere presentato domanda di idoneità all'adozione internazionale al Tribunale per i Minorenni di _____ in data _____

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente al Tribunale per i Minorenni di Milano, 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 del coniuge, malattie sopravvenute, adozione, minori in affidò, mutamento delle condizioni lavorative, cambi di residenza), eventuali variazioni di recapiti telefonici o di posta elettronica .

CHIEDONO

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

(luogo)

(data)

Firma _____

Firma _____

Elenco dei documenti da allegare alle istanze

di adozione nazionale in estensione

(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. ANI**) in estensione della dichiarazione presentata presso altro Tribunale per i Minorenni devono allegare all'istanza anche la documentazione di seguito indicata (da allegare in copia libera):

1. Copia di tutta la documentazione presente nel procedimento avanti il Tribunale per i Minorenni presso in quale si è già conclusa l'istruttoria (tra l'altro, relazione psicologica, informazioni fornite da organi di polizia/carabinieri, verbali di audizioni tenute innanzi a Giudici, proposte di abbinamento), eventuali decreti di idoneità/non idoneità all'adozione internazionale;

Inoltre, nel caso in cui non siano già presenti, anche in forma equivalente, tra la documentazione di cui al punto 1 che precede:

2. 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;
3. Stato di famiglia;
4. 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;

5. Analisi mediche (Hiv, epatiti, Tbc, Vdrl, Tpha) effettuate presso una struttura pubblica o convenzionata;
6. 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;

7. Autocertificazione relativa a condizioni personali e familiari degli aspiranti genitori adottivi (**mod. AU**);
8. Foto recente di coppia;
9. 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;
10. Fotocopia dei documenti d'identità degli istanti.

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./la 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

(luogo)(data

Firma _____

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

**MODULO
AU**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome

Nato/a a

Il

(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 affido etero familiare ☐ SI ☐ NO

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

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

_____,
(luogo) (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; 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 benefici 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

(Comune, Provincia)

Il

(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.

_____, _____
(luogo) (data)

Firma _____
(firma del dichiarante)