

**Al Sig. PRESIDENTE
DEL TRIBUNALE PER I
MINORENNI
Via G. Leopardi n. 18
MILANO**

NAZIONALE

I sottoscritti coniugi:

1. _____
(**marito**)

2. _____
(**moglie**)

(riportare le **generalità complete** così come si evincono dal certificato di nascita)
dichiarano la propria disponibilità ad avere in adozione, ai sensi della Legge 4 maggio 1983 e
succ.mod., un minore.

Dichiarano, altresì, sotto la propria personale responsabilità, in conformità a quanto previsto
dalla legge 15 maggio 1997, n.127 e successive modifiche:

a) che sono nati: 1. a _____ (PR _____) il _____
(**marito**)
2. a _____ (PR _____) il _____
(**moglie**)

b) che sono residenti a _____ (PR _____)
via _____ n. _____ tel.ab. _____
recapito telefonico **marito**: cell. _____ tel. ufficio _____
recapito telefonico **moglie**: cell. _____ tel. ufficio _____
indirizzo **e-mail** _____

altri recapiti telefonici _____
(indicare con esattezza a chi corrispondono)

c) che sono coniugati da almeno 3 (tre) anni e precisamente dal (giorno, mese, anno) _____

ovvero

c bis) che, coniugati dal _____ (specificare, giorno, mese, anno), convivono in modo
stabile e continuativo dal _____ (per complessivi 3 (tre) anni);

d) che non sussiste e non ha avuto luogo negli ultimi tre anni separazione personale neppure di
fatto;

e) che il nucleo familiare è composto da N. _____ persone e precisamente(indicare per ciascuno nome, cognome, luogo e data di nascita) _____

f) che il loro reddito annuo complessivo lordo ammonta a Euro _____

g) che non hanno subito condanne penali, ne hanno procedimenti penali in corso;

h) di essere a conoscenza che la domanda decade dopo 3 anni dalla data di presentazione.

Si avvertono gli istanti, in conformità a quanto disposto dal 3° c. dell'art. 11 del DPR 20/10/98 n.403, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti la presente istanza.

Data _____

Firme

Allegano alla presente domanda i seguenti documenti in carta semplice:

1. Certificato di sana e robusta costituzione psicofisica (rilasciato dal medico di base o dalla ASL).
2. Analisi mediche (H.I.V., Epatiti, T.B.C., T.P.H.A.) da effettuarsi presso una struttura pubblica o convenzionata.
3. Dichiarazione (in carta libera), da parte dei genitori viventi degli adottanti, di assenso all'adozione richiesta dai figli (certificato di morte o autocertificazione del decesso, nel caso di genitori deceduti

Milano, 15.12.2004

**SCHEDA INFORMATIVA DA CONSEGNARE CON LA DOMANDA DI
ADOZIONE NAZIONALE**

MARITO Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Professione _____

MOGLIE Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Professione _____

Residenti in _____ via _____

SITUAZIONE LAVORATIVA	CONDIZIONI ABITATIVE		
<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA DI LEGGE (SE USUFRUISCE DEI DIRITTI DI LEGGE PER MATERNITA')	<input type="checkbox"/> SOLO DUE LOCALI		
<input type="checkbox"/> ULTERIORE ASPETTATIVE (SE USUFRUISCE DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA)	<input type="checkbox"/> DUE LOCALI CON CAMERETTA		
<input type="checkbox"/> ULTERIORE ASPETTATIVE (SE USUFRUISCE DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA)	<input type="checkbox"/> TRE LOCALI PIÙ SERVIZI (GIARDINO TERRAZZO)		
<input type="checkbox"/> ULTERIORE ASPETTATIVE (SE USUFRUISCE DI ASPETTATIVA NON RETRIBUITA)	<input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE LOCALI		
DISPONIBILITÀ	<input type="checkbox"/> VILLETTA		
<input type="checkbox"/> 1 NON SPECIFICATE (ESCLUDE QUINDI 2 E 3)	SVILUPPO MASSIMO DESIDERATO		
<input type="checkbox"/> 2 PER BAMBINI DI COLORE	<input type="checkbox"/> NON SPECIFICATO		
<input type="checkbox"/> 3 PER FIGLI DI GENITORI MALATI	<input type="checkbox"/> FINO A TRE ANNI		
<input type="checkbox"/> 4 PER MINORI INDICATI AI PUNTI 2 E 3	<input type="checkbox"/> FINO A 6 ANNI		
ACCETTAZIONE HANDICAP	<input type="checkbox"/> FINO A 10 ANNI		
<input type="checkbox"/> NESSUNA	<input type="checkbox"/> OLTRE I 10 ANNI		
<input type="checkbox"/> LIEVI O REVERSIBILI	<input type="checkbox"/> SOLO NEONATO SENZA NESSUN PROBLEMA		
<input type="checkbox"/> SOLO FISICI (GRAVI)	<input type="checkbox"/> SOLO NEONATO ANCHE CON PROBLEMI SANITARI		
<input type="checkbox"/> DISPONIBILITÀ MASSIMA PER OGNI TIPO DI HANDICAP	NUMERO MINORI DESIDERATI		
AMBIENTE FAMILIARE	<input type="checkbox"/> UNO	<input type="checkbox"/> DUE(*)	<input type="checkbox"/> PIÙ DI DUE(*)
<input type="checkbox"/> PRESENZA DI FIGLI (SPECIF. SESSO E DATA NASCITA)	(*) (DUE O PIÙ MINORI SOLO SE FRATELLI)		
FIGLI PROPRI _____	DISPONIBILITÀ AL SIEROPOSITIVO		
FIGLI ADOTTIVI _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
AFFIDO FAMILIARE _____			
NUMERO DI DOMANDE PRESENTATE PRESSO ALTRI TRIBUNALI PER I MINORENNI			

RECAPITI TELEFONICI			
	ABITAZIONE	UFFICIO	CELLULARE
MARITO			
MOGLIE			

FIRMA DEI CONIUGI _____

MILANO, _____