

Dichiarazione relativa alle condizioni personali e familiari degli aspiranti genitori adottivi

MODULO

1

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 :

- 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

- di assumere terapia SI NO

se SI, indicare quale e in che dosaggio

- di essere in cura per le citate patologie SI NO

se SI, indicare presso quale presidio sanitario

- di aver abusato di alcool SI NO

- di aver fatto uso di sostanze stupefacenti SI NO

- di fare attualmente uso di psicofarmaci SI NO

se SI, specificare quali e con che modalita' di assunzione

- che è stata accertata una causa di sterilità SI NO

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

- di avere 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 anche presso il Tribunale per i Minorenni di

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

Venezia,

(data)

Firma _____

