

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

**MODULO**

**1**

**Il/La sottoscritto/a:**

Cognome e Nome

Nato/a a

(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 \_\_\_\_\_



