

## Allegato 1

**Procedura per l'accertamento dello stato di salute delle coppie disponibili all'adozione nazionale e internazionale**

Tra le prestazioni necessarie allo svolgimento dell'iter adottivo rientra l'accertamento dello stato di salute delle coppie candidate all'adozione. A conclusione di tale accertamento, da effettuarsi da parte del Servizio/Unità Operativa di Medicina legale dell'Azienda U.S.L. competente per territorio di residenza dei coniugi, il medico rilascerà l'apposito certificato.

Tale accertamento si rende necessario per garantire nel tempo l'interesse del bambino che sarà adottato, evitandogli ulteriori traumi per eventuali gravi problemi di salute dei genitori adottivi. Occorre, quindi, evitare che coppie di coniugi giudicate idonee a svolgere il ruolo di genitori adottivi presentino, invece, problemi di salute<sup>1</sup> che potrebbero portare a interrompere anticipatamente il ruolo genitoriale a causa di morte, o ad adempiervi inadeguatamente a causa di malattie invalidanti.

In presenza di disabilità sensoriale o motoria andrà valutato se e come essa possa incidere sulle capacità di accudimento e su quelle educative, nonché sulla "energia vitale residua" che le persone potranno mettere a disposizione del bambino, anche perché l'età dei bambini<sup>2</sup> adottati e l'esperienza di cui sono portatori, spesso traumatica, suggeriscono la necessità che le famiglie che li accolgono dispongano di elevate risorse psico-affettive e di buone competenze e potenzialità genitoriali, che potrebbero essere compromesse da forme severe di malattia.

In caso di riscontrate patologie il medico dovrà valutare quanto queste possano pregiudicare la prognosi circa le buone prospettive di vita futura, da intendersi sia in termini quantitativi (permanenza in vita dei genitori adottivi per un periodo tale da consentire al bambino di raggiungere una crescita equilibrata senza dover subire nuovi lutti o separazioni), sia qualitativi, in riferimento alle capacità di accudimento di un bambino.

---

<sup>1</sup> Il concetto di "salute" a cui si fa riferimento è quello definito dall'OMS nel 1946, vale a dire uno stato di completo benessere psico-fisico e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie.

<sup>2</sup> Si registra una tendenza all'innalzamento dell'età dei bambini adottati.

Le indicazioni contenute nel certificato dovranno evidenziare l'esistenza o meno di patologie clinicamente rilevabili che controindicano la funzione genitoriale. Tale certificato verrà allegato alla dichiarazione di disponibilità all'adozione che le coppie presenteranno al Tribunale per i Minorenni di Bologna, competente a valutare l'idoneità all'adozione in caso di adozione internazionale, e alla "domanda" di adozione in caso di adozione nazionale.

Il rilascio del suddetto certificato è di competenza del Servizio/Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda U.S.L. competente per territorio di residenza degli interessati ed è subordinato all'accertamento sanitario per verificare lo stato di salute dei coniugi disponibili all'adozione.

Pertanto, la procedura per valutare le condizioni di salute dei richiedenti sarà la seguente:

- illustrazione, da parte del medico legale, della procedura che sarà seguita, comprensiva dell'acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili (vedi modulo allegato 5);
- valutazione della documentazione sanitaria relativa ad eventuali patologie in corso o pregresse dei richiedenti. Le coppie sono, infatti, tenute a esibire tale documentazione all'atto della visita presso il Servizio/Unità Operativa di Medicina Legale;
- raccolta dei dati anamnestici attraverso la somministrazione individuale dell'apposito questionario da far firmare ai richiedenti (allegato 2);
- effettuazione dell'esame obiettivo (allegato 3);
- effettuazione del colloquio clinico (allegato 4);
- richiesta di eventuali visite specialistiche e/o di esami di laboratorio, solo se necessari;
- rilascio della certificazione finale relativa agli esiti degli accertamenti medici (allegato 6);
- consegna alla coppia della documentazione prodotta in sede di visita medico-legale.

Tale documentazione sarà fornita alla coppia che la trasmetterà all'équipe adozioni incaricata di svolgere successivamente l'indagine psico-sociale. Le condizioni di salute della coppia, con particolare riferimento al vissuto rispetto alle eventuali patologie sanitarie presenti e alle loro ripercussioni sulla funzione genitoriale, costituiscono materia da trattare anche nel corso dei colloqui psico-sociali da parte degli operatori (assistente sociale e psicologo/a), incaricati di tale compito.

Appare utile chiarire che, in caso di rilascio, da parte del Servizio/Unità Operativa di Medicina Legale di un certificato medico che riscontri gravi patologie ritenute limitanti delle funzioni genitoriali (dal punto di vista della salute di uno o di entrambi), qualora i coniugi intendano ugualmente proseguire l'iter adottivo, accedendo all'indagine psicosociale (o abbiano già iniziato tale fase), sia compito dell'équipe adozione competente modificare il percorso di indagine in relazione ai nuovi elementi emersi.

L'équipe sarà tenuta a focalizzare l'attenzione su quanto e come la malattia accertata dal medico legale possa incidere, dal punto di vista psicologico e sociale, sulle reali potenzialità riparative ed educative dei coniugi, nell'affrontare e dare risposta ai bisogni di un bambino in stato di abbandono (e che per questo ha precedentemente sperimentato stati di privazione e/o carenze affettive-relazionali).

Completato tale approfondimento, l'équipe, se riterrà - in accordo con la valutazione sanitaria - che vi sia una situazione di compromissione delle funzioni genitoriali, interromperà l'indagine psicosociale, esplicherà alla coppia le difficoltà rilevate, collaborerà alla maturazione di una presa di coscienza dei coniugi nei confronti dell'opportunità di non

proseguire ulteriormente l'iter adottivo, fino alla presentazione della domanda al Tribunale per i minorenni.

Qualora, invece, la coppia intenda proseguire nel percorso adottivo, l'équipe invierà la relazione sul lavoro svolto al Tribunale per i minorenni.

Nel caso invece l'équipe maturi la convinzione che, nonostante la patologia accertata, la coppia disponga di sufficienti risorse psicologiche, affettive e sociali tali da poter compiutamente espletare la funzione di genitore adottivo, provvederà al completamento dell'indagine psicosociale e al successivo invio al Tribunale per i minorenni.

Va ricordato che le competenze normativamente attribuite dal legislatore nazionale, in merito alla "valutazione di idoneità" psico-sociale delle coppie disponibili all'adozione nazionale e internazionale, sono attribuite al Tribunale per i minorenni.

Nel caso in cui, durante la successiva procedura, si renda necessario un aggiornamento della documentazione sanitaria in relazione al tempo intercorso dagli ultimi accertamenti, o per patologie sopravvenute, oppure, in caso di adozione internazionale, su specifica richiesta delle Autorità centrali straniere del Paese di origine del bambino (sulla base della normativa nazionale in vigore nei diversi Paesi), tale aggiornamento verrà effettuato rivolgendosi nuovamente al Servizio/Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda U.S.L. competente per territorio, previ accertamenti specialistici, se richiesti.

## Iter per l'adozione nazionale e internazionale nella Regione Emilia-Romagna

**Prima informazione:** la coppia interessata ad acquisire informazioni sulle procedure adottive nella Regione Emilia-Romagna si rivolge all'assistente sociale e/o all'équipe adozione del proprio territorio di residenza (primo accesso informativo). Durante il colloquio si accennerà anche al percorso per l'accertamento dello stato di salute delle coppie disponibili ad adottare.

La coppia, se interessata a proseguire il percorso, accederà al corso di formazione - gratuito - di ambito provinciale (durante il corso sono trattati anche gli aspetti sanitari relativi alle coppie e ai bambini adottabili)

La coppia, se interessata all'adozione, previa prenotazione, si rivolge al Servizio/Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda U.S.L. di residenza, per gli accertamenti medici e chiede l'avvio all'indagine psico-sociale che verrà effettuata dall'équipe centralizzata adozione, competente per territorio di residenza.

La coppia inizia l'indagine psico-sociale, durante la quale sono trattate le condizioni psico-fisiche dei coniugi (copia della documentazione relativa agli accertamenti sanitari viene consegnata dai coniugi alla équipe adozioni)

Invio al Tribunale per i Minorenni della relazione psicosociale effettuata dall'équipe adozioni

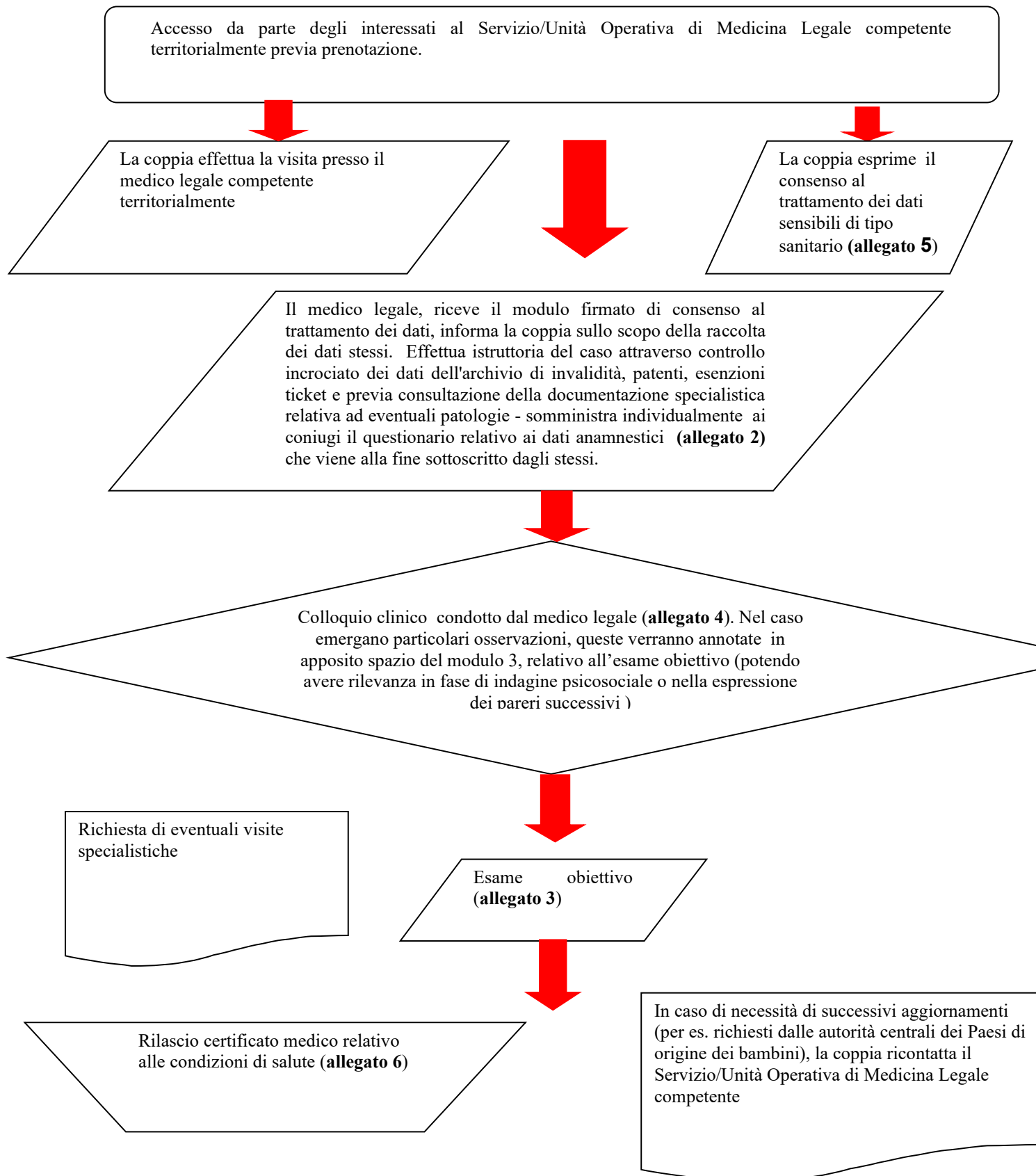
I coniugi presentano al Tribunale per i Minorenni la dichiarazione di disponibilità alla adozione internazionale e/o la domanda di adozione nazionale corredata dai documenti e dal certificato medico relativo agli esiti degli accertamenti sanitari (allegato 6)

Audizioni con i giudici onorari del Tribunale per i Minorenni

Emissione del decreto di idoneità o di non idoneità all'adozione internazionale

## Procedura regionale per l'accertamento della salute delle coppie disponibili all'adozione nazionale e internazionale

(competente all'effettuazione degli accertamenti sanitari è il Servizio/Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda U.S.L. di residenza dei coniugi).



**Dichiarazione relativa ai dati anamnestici**  
(da firmare in presenza del medico esaminatore)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_  
 prov. (\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 professione \_\_\_\_\_

nell'ambito dell'accertamento medico-legale finalizzato alla valutazione della idoneità psico-fisica all'adozione, in relazione agli stati patologici sotto elencati

**DICHIARA**

- di essere stato riconosciuto invalido civile o del lavoro (Si) (No)  
 se Sì, indicare con quale percentuale \_\_\_\_\_

- di essere affetto da patologie dell'apparato cardiocircolatorio (Si) (No)  
 se Sì, indicare quali \_\_\_\_\_  
 assume terapia (Si) (No)  
 se Sì, indicare quale e in che dosaggio \_\_\_\_\_  
 di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)  
 se Sì, indicare quando e per quanto tempo \_\_\_\_\_

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_

- di essere affetto da patologie dell'apparato respiratorio (Si) (No)  
 se Sì, indicare quali \_\_\_\_\_  
 tubercolosi (Si) (No)  
 assume terapia (Si) (No)  
 se Sì, indicare quale e in che dosaggio \_\_\_\_\_  
 di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)  
 se Sì, indicare quando e per quanto tempo \_\_\_\_\_

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_

- di essere affetto da diabete (Si) (No)  
 se Sì, specificare se insulinodipendente (Si) (No)  
 compenso glicometabolico \_\_\_\_\_  
 complicanze \_\_\_\_\_  
 di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)  
 se Sì, indicare quando e per quanto tempo \_\_\_\_\_

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_

- di essere affetto da altre patologie endocrine	(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		
<hr/>		
Per tale patologia è in cura presso		
<hr/>		
- di essere affetto da patologie 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		
<hr/>		
- 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 _____		
<hr/>		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Si)	(No)
se Si, indicare quando e per quanto tempo		
<hr/>		
Per tale patologia è in cura presso		
<hr/>		
- di essere affetto da patologie del sistema nervoso	(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		
<hr/>		
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche	(Si)	(No)
se Si, specificare con che frequenza e quando si è manifestata l'ultima _____		
<hr/>		
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		
<hr/>		
Per tale patologia è in cura presso		
<hr/>		

- di essere affetto da malattie ematologiche se Sì, indicare quali _____	(Sì)	(No)
assume terapia _____	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando _____	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso _____		
- di essere affetto da malattie autoimmuni se Sì, indicare quali _____	(Sì)	(No)
assume terapia _____	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso _____		
- di essere affetto da malattie infettive se Sì, indicare quali _____	(Sì)	(No)
assume terapia _____	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso _____		
- di essere affetto da malattie gastrointestinali se Sì, indicare quali _____	(Sì)	(No)
assume terapia _____	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso _____		
- di essere affetto da malattie osteoarticolari se Sì, indicare quali _____	(Sì)	(No)
assume terapia _____	(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____	(Sì)	(No)
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____	(Sì)	(No)
Per tale patologia è in cura presso _____		



- di essere affetto da patologie dell'apparato uro-genitale	(Si)	(No)
se Sì, indicare quali _____		
assume terapia	(Si)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Si)	(No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo		

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_

- di essere affetto da patologie dell'apparato riproduttivo	(Si)	(No)
se Sì, indicare quali _____		
assume terapia	(Si)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Si)	(No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo		

ha effettuato trattamenti di procreazione medicalmente assistita	(Si)	(No)
se Sì, quante volte _____		
Per tale patologia è in cura presso _____		

- di essere affetto da patologie di tipo oncologico	(Si)	(No)
assume terapia	(Si)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____		
di essere stato ricoverato in ospedale	(Si)	(No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo		

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_

Altre osservazioni \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di avere riferito fedelmente i propri precedenti morbosi ed eventuali invalidità legalmente riconosciute.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B.: La dichiarazione mendace a pubblico ufficiale costituisce reato ai sensi dell'art. 495 codice penale (*Falsa attestazione o dichiarazione a un pubblico ufficiale sulla identità o su qualità personali proprie o di altri*). Sono possibili ulteriori accertamenti e controlli incrociati.

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi e nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (Decreto legislativo 30/06/2003, N. 196).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Note per il medico accertatore:

Nel questionario anamnestico che verrà somministrato dal medico accertatore, alla voce finale “osservazioni”, in caso di malattie oncologiche potrà essere opportuno indicare informazioni relative alla prognosi e al decorso della malattia (indicando per es. da quanti anni è stata diagnosticata la malattia e come è stata curata), se ci sono state recidive, ecc.

In relazione alle patologie dell'apparato riproduttivo gli approfondimenti dovranno essere tesi a riscontrare se sono stati effettuati interventi chirurgici (ad esempio relativi al cambiamento di sesso).

Relativamente a ogni patologia sarà utile accertare come essa potrebbe incidere sulla qualità della vita dei candidati ed eventualmente sulle possibilità di contribuire a una crescita e a uno sviluppo equilibrati del/la bambino/a o del/la ragazzo/a che potrebbero adottare.

## **Esame obiettivo**

(organi e apparati da valutare)

**Funzioni cognitive** \_\_\_\_\_

**Psiche e sensorio** \_\_\_\_\_

**Apparato cardiovascolare** \_\_\_\_\_

**Apparato respiratorio** \_\_\_\_\_

**Sistema nervoso centrale e periferico** \_\_\_\_\_

**Apparato linfoghiandolare** \_\_\_\_\_

**Apparato urogenitale** \_\_\_\_\_

**Apparato locomotore** \_\_\_\_\_

**Rachide cervico-dorso-lombo-sacrale** \_\_\_\_\_

**Apparato visivo** \_\_\_\_\_

**Apparato uditivo** \_\_\_\_\_

Esami o visite specialistiche richiesti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali osservazioni in merito al colloquio clinico effettuato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma Medico Certificatore

*Nome e Cognome*

#### Allegato 4

### **Aree significative da indagare ed esempi di domande tipo per il colloquio clinico finalizzato all'adozione**

La presente traccia di colloquio clinico è uno strumento a disposizione del medico legale accertatore ed è finalizzato ad approfondire alcuni aspetti relativi all'anamnesi sociale, familiare, psicologico-psichiatrica non trattati nel questionario di raccolta dei dati anamnestici.

Il risultato di tale colloquio clinico e le osservazioni del medico legale dovranno trovare traccia e sintesi nella parte finale del modulo finalizzato all'esame obiettivo (**allegato 3**) alla voce "eventuali osservazioni in merito al colloquio clinico effettuato", almeno per le parti ritenute dal medico rilevanti o influenti sul rilascio della certificazione sullo stato di salute.

Tali osservazioni inoltre potranno costituire elemento di approfondimenti in fase di conduzione della indagine psicosociale.

## **Aree significative da indagare ed esempi di domande tipo per il colloquio clinico finalizzato all'adozione**

### **Attività lavorativa**

- Attuale lavoro:
- lavoro autonomo o dipendente
- lavori precedenti ed eventuali instabilità lavorativa (che lavori ha fatto? Ne ha cambiati molti? Se sì, perché?)
- precedenti licenziamenti (é mai stato licenziato? Se sì, cosa era successo?)
- difficoltà di socializzazione con i colleghi, difficoltà di rispettare le regole e nel rapporto con i superiori (si è mai sentito emarginato, sfruttato o trattato ingiustamente sul luogo di lavoro?)
- grado di soddisfazione rispetto al ruolo lavorativo e al trattamento economico (è soddisfatto del suo ruolo lavorativo e del trattamento economico?)

### **Anamnesi familiare**

.....

#### **Rapporti con la giustizia, eventi disciplinari, condotte antisociali. Problemi economici**

- Ha mai avuto problemi con la giustizia? Di che tipo? Per favore mi parli di tutte le volte che ha avuto a che fare con la giustizia
- E' mai stato arrestato? Sfrattato? (Se sì, mi racconti che cosa era successo)
- Le è mai stata ritirata la patente? (Se sì, per quale motivo)
- E' mai stato coinvolto in risse? E' mai stato picchiato o ha picchiato qualcuno? Cosa era successo?
- Ha mai contratto tanti debiti da non essere in grado di assolverli?
- Gioca d'azzardo, fa scommesse?

### **Anamnesi psichiatrica**

- Ha mai assunto psicofarmaci? Ha mai avuto colloqui con uno psicologo o uno psichiatra?
- E' mai stato ricoverato per problemi psicologici? Che cosa era successo?
- Si è dovuto assentare dal lavoro per il disagio psichico sofferto in certi momenti?
- Ha mai sofferto di periodi in cui non era più in grado di svolgere le sue normali attività per sentimenti di tristezza, depressione o disperazione?
- Al contrario, ha presentato periodi di particolare euforia, in cui si sentiva molto potente, importante, capace e desideroso di fare mille cose insieme, in cui ha speso più del solito o si è dedicato ad attività pericolose?
- Ha mai sofferto di periodi in cui era tanto nervoso, irritabile, insonne da interrompere il lavoro?
- Ha mai sofferto di crisi d'ansia acuta per cui si è rivolto a un Pronto Soccorso?

### **Controllo della rabbia, impulsività, esplosività**

- Ha mai fatto delle cose in maniera impulsiva o ha preso decisioni senza pensarci?
- Le capita di cambiare umore o idea molto facilmente?
- Si arrabbia facilmente?
- Quando si arrabbia le capita di scagliare oggetti o di picchiare le persone?
- Se qualcuno la critica, ci soffre molto, si sente umiliato per ore o giorni e tiene tutto dentro?
- Che tipo di cose le fanno "perdere le staffe"? Che cosa fa per fare passare la rabbia?

### **Suicidalità**

- Ricorda dei momenti critici della sua vita, in cui sentiva di non avere via d'uscita? Ha mai pensato, in questi momenti di farla finita? Se sì, ha progettato o organizzato il suo gesto?
- Ha mai minacciato o tentato di farsi del male?

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati sanitari personali (privacy)**  
(da firmare in presenza del medico esaminatore)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

residente in \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

nell'ambito dell'accertamento medico legale di idoneità psico-fisica all'adozione, ai sensi dell'art. 22, comma 4 della legge 184/1983 e successive modificazioni

**DICHIARA**

- di acconsentire all'effettuazione dell'esame diagnostico per HIV, ai sensi della legge 5/6/1990 n. 135, per HBV e HCV, nonché di altri esami diagnostici eventualmente richiesti da Stati Esteri;
- di acconsentire alla eventuale comunicazione di tutti gli accertamenti, effettuati presso l'Unità Operativa di Medicina Legale, al servizio sociale competente per l'indagine psico-sociale e al Tribunale per i Minorenni competente, qualora venisse richiesta;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196).

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Fac-simile di certificato relativo agli esiti degli accertamenti medici**

SI CERTIFICA

Che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_ numero: \_\_\_\_\_

Rilasciato da: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sulla scorta dei dati anamnestici, della documentazione sanitaria esibita e degli accertamenti sanitari effettuati, all'atto della visita medica, risulta che:

- Non sussistono patologie clinicamente rilevabili che controindichino la funzione genitoriale.
- La patologia clinicamente rilevata è stabilizzata, non induce incisiva riduzione della capacità di lavoro, di guadagno, di relazione consente di attendere dal punto di vista sanitario alla funzione genitoriale.
- La patologia clinicamente rilevata controindica, dal punto di vista sanitario, la funzione genitoriale.

La documentazione sanitaria relativa è rilasciata ai richiedenti, i quali provvederanno a consegnarla all'équipe adozioni incaricata di svolgere la successiva indagine psico-sociale.

Copia degli esiti degli accertamenti sono depositati agli atti del Servizio.

OSSERVAZIONI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data del rilascio

Firma del Medico Certificatore  
*Nome e Cognome*

