

**DA CONSEGNARE COMPILATA AL GIUDICE IN SEDE DI UDIENZA**

**DISPONIBILITÀ DEI CONIUGI** .....

Disponibilità per:       un solo minore                       due fratelli                       gemelli

**ETA'** .....                       fratelli inseriti in altre famiglie, con cui mantenere i rapporti  
    il mantenimento dei rapporti con la famiglia affidataria

Siete disposti ad accogliere un minore che presenti:

Disturbi sensoriali (es. vista, udito...)	<input type="checkbox"/> Parziali <input type="checkbox"/> Totali
Disturbi legati all'alimentazione (es. celiachia, obesità...)	<input type="checkbox"/>
Prematuranza a rischio sanitario	<input type="checkbox"/>
Patologie neonatali	<input type="checkbox"/> <b>Sindrome Astinenza Neonatale</b> <input type="checkbox"/> <b>Fetopatia Alcolica</b>
Patologie (es. diabete, cardiopatie, allergie importanti...)	<input type="checkbox"/>
Handicap motorio	<input type="checkbox"/> <b>Lieve</b> <input type="checkbox"/> <b>Medio</b> <input type="checkbox"/> <b>Grave</b>
Malattie geneticamente determinate già alla nascita (es. Down)	<input type="checkbox"/>
Sieropositività	<input type="checkbox"/> <b>HIV</b> <input type="checkbox"/> <b>HBV</b> <input type="checkbox"/> <b>HCV</b>
Ritardo negli apprendimenti scolastici	<input type="checkbox"/>
Disturbi del comportamento (es. iperattività, difficoltà di attenzione, oppositività)	<input type="checkbox"/>
Ritardo mentale	<input type="checkbox"/> <b>Lieve</b> <input type="checkbox"/> <b>Medio</b> <input type="checkbox"/> <b>Grave</b>
Esiti di maltrattamento	<input type="checkbox"/>
Esiti di abuso sessuale	<input type="checkbox"/>
Figli di	<input type="checkbox"/> <b>Tossicodipendenti</b> <input type="checkbox"/> <b>Alcolisti</b> <input type="checkbox"/> <b>Malati psichici</b>

Altro (specificare) .....

Note: .....

Data ..... marito.....

moglie.....

firma per presa visione da parte del G.O .....