

Spett.le **Medicina Legale**  
ASST CREMA  
via A. Gramsci n. 13  
26103 Crema

**OGGETTO: RICHIESTA PER IDONEITÀ PSICOFISICA ALL'ADOZIONE/AFFIDAMENTO DI MINORE**  
art. 22 co. 4 L. 184/1983 e succ. mod.

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
identificato/a a mezzo ..... n. ....  
rilasciato da ..... in data .....  
recapito telefonico n .....

## **CHIEDE**

il rilascio del certificato di idoneità psicofisica all'adozione/affidamento di minore

Luogo e data .....

Firma

.....

### **Allegati:**

- fotocopia documento di identità in corso di validità
- certificato anamnestico del Medico Curante, attestante le condizioni psico-fisiche, di data non anteriore a tre mesi
- fotocopia degli esami di laboratorio di data non anteriore a tre mesi (esame emocromo completo con formula e piastrine; glicemia; transaminasi epatiche, gamma-glutamilmiltransferasi; azotemia e creatininemia; esame delle urine completo; marcatori dei virus dell'epatite B e C; ricerca dell'HIV; TPHA o RPR; intradermoreazione di Mantoux)
- fotocopia di eventuale ulteriore documentazione sanitaria relativa a visite specialistiche, esami strumentali, esami di laboratorio, verbali di invalidità
- fotocopia della richiesta dell'Ambasciata /Associazione
- se domanda presentata da delegato, fotocopia del documento di identità del delegato in corso di validità e delega per lo svolgimento della pratica