

POLICLINICO TOR VERGATA

**COMUNICAZIONE ASTENSIONE PER ADOZIONE MINORE
art. 26 co. 3 D.Lgs. n. 151/2001 - art. 32 co. 4 A.C.N. 17/12/2015**

DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA RICHIEDENTE

COGNOME		NOME			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
MATR./ BADGE	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO	N.	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	TELEFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STRUTTURA / DISCIPLINA	IN QUALITA' DI		A TEMPO INDET.	A TEMPO DETER.	EX ART. 23
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RICHIESTA ASTENSIONE PER ADOZIONE MINORE

COMUNICA DI ASSENTARSI DAL SERVIZIO PER ADOZIONE MINORE - (ART 32 ACN 17/12/2015 E ART. 26 DEL D.LGS.151/01 e s.m.i.) A DECORRERE DAL _____ (DATA DI INGRESSO DEL MINORE IN ITALIA O IN FAMIGLIA) AL _____ PER MASSIMO 6 MESI

Si allega relativa documentazione _____

Data, __/__/20__

Firma _____

DATI RELATIVI AL MINORE E ALL'ADOZIONE

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
M/F	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA PROVVEDIMENTO ADOZIONE NAZIONALE/INTERNAZIONALE	<input type="text"/>	DATA INGRESSO IN FAMIGLIA/ITALIA	<input type="text"/>

RISERVATO ALLA STRUTTURA / DISCIPLINA DI APPARTENENZA

SI PRENDE ATTO

Visto in data _____

IL DIRETTORE / DIRIGENTE / RESPONSABILE ¹

¹ Dipartimento / UOC / UOSD / Programma Aziendale