CONSENSO INFORMATO PER ACCERTAMENTO/ESCLUSIONE MATERNITA'

MOD.1 SCHEDA AUTORIZZATIVA PER ACCERTAMENTO DI _____

Il/La sottoscritto/a **&COGNOM**

Data di nascita **&DATNAS** Luogo di nascita **&LUONAS**

Residente a **&LOCALI** Indirizzo **&INDIRI**

Documento d'identificazione **&TIPDOC** **n° &NUMDOC**

Nella qualità di (barrare e compilare la casella corrispondente)

o Padre legale di _____

o Padre presunto di
_____

o Madre di
_____

o Figlio/Figlia di
_____

Autorizzo

Il dr.
_____

ad effettuare il prelievo del campione biologico per eseguire l'accertamento di paternità nei confronti

di:
_____

Dichiaro inoltre di essere stato adeguatamente informato da parte del personale sanitario e di aver compreso le finalità del test che mi accingo ad eseguire, ed i relativi risultati ottenibili. All'uopo

fornisco il consenso al laboratorio Genoma per l'espletamento dell'esame.

FIRMA

_____

(da compilare in caso di figlio/a minorenne)

Autorizzo inoltre, in qualità di esercente la potestà genitoriale, il Dr._____ ed il laboratorio di genetica medica ad eseguire rispettivamente il prelievo e l'analisi genetica del campione biologico nei confronti del minore_____ per l'espletamento del medesimo accertamento.

FIRMA

_____

MOD.1 SCHEDA AUTORIZZATIVA PER ACCERTAMENTO DI _____

Il/La sottoscritto/a **&COGNOM**

Data di nascita **&DATNAS** Luogo di nascita **&LUONAS**

Residente a **&LOCALI** Indirizzo **&INDIRI**

Documento d'identificazione **&TIPDOC** **n° &NUMDOC**

Nella qualità di (barrare e compilare la casella corrispondente)

o Padre legale di
_____

o Padre presunto di
_____

o Madre di
_____

o Figlio/Figlia di
_____

Autorizzo

Il dr.

_____

ad effettuare il prelievo del campione biologico per eseguire l'accertamento di paternità nei confronti

di:

_____

Dichiaro inoltre di essere stato adeguatamente informato da parte del personale sanitario e di aver compreso le finalità del test che mi accingo ad eseguire, ed i relativi risultati ottenibili. All'uopo fornisco il consenso al laboratorio Genoma per l'espletamento dell'esame.

FIRMA

_____

(da compilare in caso di figlio/a minorenne)

Autorizzo inoltre, in qualità di esercente la potestà genitoriale, il Dr._____ ed il laboratorio di genetica medica ad eseguire rispettivamente il prelievo e l'analisi genetica del campione biologico nei confronti del minore_____ per l'espletamento del medesimo accertamento.

FIRMA

_____

MOD.2 SCHEDA RISERVATA AL PERSONALE ADDETTO AL PRELIEVO

Il sottoscritto dott._____ incaricato al prelievo,

dichiara di aver personalmente controllato l'identità delle persone registrate nei moduli per l'esame di identificazione personale.

Esame di paternità richiesto per le seguenti persone (si sottopongono al prelievo):

_____

_____

_____

Sono presenti al prelievo_____

_____

La procedura di controllo è stata, per ogni persona presente, la seguente:

o Scritti i nomi di chi richiede l’esame sottoponendosi al prelievo

o Esaminato il documento di identità, ed eventuale certificato di nascita o di famiglia e trascritto i dati personali del documento sul modulo per ogni paziente

o Segnalato con che qualifica partecipa per l’esame e se si sottopone al prelievo (presunto padre, figlio/a, madre)

o Effettuato diretto confronto tra la persona presente e la fotografia

o Fatto firmare il modulo al paziente in presenza dell’incaricato al prelievo

o Fatto controfirmare il modulo ai partecipanti all’esame in presenza dell’incaricato al prelievo per la conferma che le rispettive foto coincidano per tutti i partecipanti

o Compilato ogni modulo compreso il presente in ogni sua parte

o Eseguito il prelievo ai richiedenti l’esame quando tutti abbiano firmato il modulo

Data _____

Firma dell’incaricato al prelievo _____

Firma dei pazienti per verifica dati _____

_____

_____

N.B. E’ necessario allegare fotocopia dei documenti di identificazione ed, in caso di test eseguito su minore, un certificato di stato di famiglia attestante l’effettiva potestà genitoriale.

MOD. 5 SCHEDA AUTORIZZATIVA PER RILIEVO FOTOGRAFICO

Io
sottoscritta_____

nata a _____ il
_____

residente in _____Via
_____

Documento identificativo_____ N°
_____

in qualità di madre esercente la patria potestà sul figlio minore
_____

Io sottoscritto
_____

nato a _____il
_____

residente in _____ Via
_____

Documento identificativo _____N°
_____

in qualità di padre esercente la patria potestà sul figlio minore
_____

Autorizzo

Il Dott._____ ad effettuare e conservare n.1 rilievo fotografico (tipo ritratto viso) sul
minore_____

nato/a a _____ il
_____

ai soli fini identificativi per assicurare l'appartenenza allo stesso del campione ematico/biologico prelevato.

Firma madre _____

Firma padre _____

Firma medico prelevatore _____

Si allega n. 1 fotografia

Roma, _____