

## MODULO DI RICHIESTA DNA PATERNO

MEDICO / CENTRO INVIANTE



Nome / Timbro



## TIPO DI CAMPIONE DA PRELEVARE

☐ SANGUE (EDTA tube)☐ TAMPONE BUCCALE

## DATI DELLA GESTANTE

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

## DATI DEL PADRE

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

## LUOGO E DATA DEL PRELIEVO

\_\_\_\_\_ ,

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_



## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver compreso le finalità del prelievo eseguito, e autorizzo l'analisi del mio DNA al fine di completare lo screening in corso PrenatalSafe.

Mi è stato spiegato che non è previsto alcun referto aggiuntivo a tale approfondimento riferito al mio campione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_