

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 _____