

SOLICITUD DE PRUEBA DE PARENTESCO DE TIPO INFORMATIVO**SOLUCITANTES:**

Nombre:	Apellidos:
DNI:	Supuesto parentesco: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro
Nombre:	Apellidos:
DNI:	Supuesto parentesco: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro
Nombre:	Apellidos:
DNI:	Supuesto parentesco: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro

MUESTRAS ENVIADAS:

Tipo de Muestra	Nombre y Apellidos	Supuesto parentesco (*)	Código de la muestra

(*) Presunto padre, presunta madre, presunto hijo/a.

CONTACTO Y COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Nombre o Razón social:		Nº de cliente:	
Dirección:		Población	
Provincia:	C.P:	Tif:	
Email:			

Método de comunicación: Correo electrónico Correo ordinario

Los abajo firmantes, mayores de edad, AUTORIZAN al laboratorio a realizar una prueba de paternidad/maternidad sobre las muestras enviadas y DECLARAN que, en el caso de que haya menores implicados, ostentan la patria potestad sobre éstos o, en su defecto, cuentan con la autorización o capacidad legal para la toma de muestra de las demás personas implicadas en la prueba.

Nombre y firma: _____

Nombre y firma: _____

Nombre y firma: _____

Todos los datos de carácter personal que aparecen en este formulario, así como los resultados de los análisis, quedarán incorporados en un fichero bajo la responsabilidad de Genologica Médica S.L. De conformidad con la legislación vigente, todas las personas reseñadas en este documento podrán ejercer su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, dirigiendo un correo electrónico, debidamente identificado, a la dirección info@genologica.com