

Processo n.º / (a preencher pela GenoMed)

Identificação do Pretenso Pai

Nome:

Data de nascimento:/...../.....

Documento de Identificação: tipo n.º validade/...../.....

Declaro por minha honra que:

1. Sou a pessoa acima identificada e que não recebi qualquer transfusão de sangue nos últimos três meses nem sofri qualquer transplante de órgãos.
2. Declaro que tomei conhecimento da Política de Privacidade da GenoMed® - Diagnósticos de Medicina Molecular, S.A., disponível em <https://genomed.pt/politica-de-privacidade-e-de-cookies/> e dou consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais para uso exclusivo da requerida investigação de paternidade, e de acordo com a lei de protecção de dados.
3. Autorizo a colheita de amostra(s) biológica(s) para execução do teste de investigação de paternidade e a elaboração do relatório com a respectiva análise genética.
4. Tomei conhecimento de que a(s) minha(s) amostra(s) biológica(s) serão destruídas ao fim de 6 meses após a colheita.

(De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada.)

Assinatura (conforme Doc.Id): Data:/...../.....

A preencher pela GenoMed:

Código da(s) amostras(s): Colar etiqueta(s)

..... Conferido por:

Identificação do(a) Filho(a)

Nome:

Data de nascimento:/...../.....

Documento de Identificação: tipo n.º validade/...../.....

Declaro por minha honra que:

1. Sou a pessoa acima identificada e que não recebi qualquer transfusão de sangue nos últimos três meses nem sofri qualquer transplante de Dórgãos.
2. Declaro que tomei conhecimento da Política de Privacidade da GenoMed® - Diagnósticos de Medicina Molecular, S.A., disponível em <https://genomed.pt/politica-de-privacidade-e-de-cookies/> e dou consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais para uso exclusivo da requerida investigação de paternidade, e de acordo com a lei de protecção de dados.
3. Autorizo a colheita de amostra(s) biológica(s) para execução do teste de investigação de paternidade e a elaboração do relatório com a respectiva análise genética.
4. Tomei conhecimento de que a(s) minha(s) amostra(s) biológica(s) serão destruídas ao fim de 6 meses após a colheita.

(De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada.)

Assinatura (conforme Doc.Id): Data:/...../.....

A preencher pela GenoMed:

Código da(s) amostras(s): Colar etiqueta(s)

..... Conferido por:

Declaração obrigatória em caso de menores/pessoa incapacitada:

Eu,declaro por minha honra e na qualidade de (*grau de parentesco*) e detentor do poder paternal de(*nome do menor interveniente no teste*) que conto com a permissão e consentimento da mãe/detentor do poder paternal/representante legal (*riscar o que não interessa*) do interveniente acima identificado para a realização do teste de investigação de paternidade. Declaro que sou o único e exclusivo responsável pela colheita de amostra biológica realizada, necessária à execução do teste de paternidade solicitado por mim.

Declaro ainda que tenho conhecimento das limitações da realização deste teste apenas entre pai e filho.

Assinatura: Data/...../.....

Colheitas:

Declaro que procedi às colheitas nas pessoas acima mencionadas e as identifiquei correctamente. Foram verificados os respectivos bilhetes de identidade/certidão de nascimento e as assinaturas recolhidas na minha presença.

Local e data das colheitas:,/...../.....

Assinatura(s):

Relatório(s):

Relatório original entregue a

Levantamento no local da colheita (obrigatório mostrar identificação).Telefone de contacto:

Morada para envio

.....Código postal: Localidade:

Cópia do Relatório entregue a

Levantamento no local da colheita (obrigatório mostrar identificação).Telefone de contacto:

Morada para envio

.....Código postal: Localidade:

Assinatura (conforme Doc.Id): Data:/...../.....

Emissão do Recibo:

Nome N.º de Contribuinte

Morada: Código postal: ,

Forma de Pagamento: Numerário Multibanco Transferência bancária

PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE: Doutor Yuri Chiodo, PhD (ychiodo@medicina.ulisboa.pt) Ext. 47301 / 48308

