

Processo n.º / (a preencher pela GenoMed)

Identificação do Requerente

Nome:

Nascido na freguesia de, concelho de

em/...../..... Origem Geográfica:

Naturalidade do Pai Naturalidade da Mãe.....

Declaro por minha honra que:

1. Sou a pessoa acima identificada
2. Sou o único responsável pela colheita da amostra biológica para execução do teste de parentesco, de acordo com as instruções fornecidas.
3. Foi-me dado conhecimento que este tipo de testes consiste na análise de polimorfismos no ADN em regiões não codificantes do genoma e, portanto, não revelam qualquer informação sobre susceptibilidade genética para doenças.
4. Autorizo a realização do(s) teste(s) solicitado(s) e a elaboração do relatório com a respectiva análise genética.
5. Tomei conhecimento de que a minha amostra biológica será destruída ao fim de 6 meses após a colheita.
6. 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 parentesco, e de acordo com a lei de protecção de dados.

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

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

A preencher pela GenoMed:

Tipo de amostra: Conferido por: Colar etiqueta(s)

Teste Solicitado:
 Parentesco STRs do ADN autossómico

Relação de parentesco em estudo (irmãos/pai-filho, etc.) / nome(s) do(s) interveniente(s):

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/representante legal (riscar o que não interessa) de (nome do menor/pessoa incapacitada) que sou o único e exclusivo responsável pela colheita efectuada para a realização do(s) teste(s) solicitado(s).

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

Relatório:

- Levantamento na GenoMed. Telefone de contacto:.....
- Envio por E-mail: E-mail alternativo:
- Envio por Correio: Morada:
 Código postal: Localidade:

Emissão de Recibo:

Nome N.º de Contribuinte

Morada:..... Código postal:

Forma de Pagamento: Numerário Cheque Transferência bancária Cobrança Postal

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