

MODULO DI RACCOLTA DEL CAMPIONE - PARTE 1

- Completare la parte 1 per i test di paternità / maternità

- Utilizzare la parte 2 sul retro per altri test

NUMERO DI RIFERIMENTO PRATICA PERSONALE

ISTRUZIONI:

- Questo modulo deve essere compilato in **MAIUSCOLE** e spedito con i campioni.
- I dettagli per ciascun partecipante devono essere completati insieme alle firme per **evitare ritardi**.

DETTAGLI DEL BAMBINO/A

Nome e Cognome: _____ Origini Etniche: _____ Nascita: GG / MM / AAAA

Tipo di Campione: Tamponi Altro: _____ Data del Prelievo: GG / MM / AAAA Sesso: M F

- Ho letto e accetto i **Termini di Contratto** e i **Termini del consenso esplicito** di cui sotto e consento AffinityDNA di eseguire analisi del DNA sul campione fornito.

- Se la persona testata e' **minorenne**, il genitore o il tutore legale, acconsente a testare il DNA del minorenne sotto la sua responsabilità.

Nome e Cognome: _____ Firma _____

DETTAGLI DEL PRESUNTO PADRE

Nome e Cognome: _____ Origini Etniche: _____ Nascita: GG / MM / AAAA

Tipo di Campione: Tamponi Altro: _____ Data del Prelievo: GG / MM / AAAA

- Ho letto e accetto i **Termini di Contratto** e i **Termini del consenso esplicito** di cui sotto e consento AffinityDNA di eseguire analisi del DNA sul campione fornito.

Firma: _____

DETTAGLI DELLA MADRE

Nome e Cognome: _____ Origini Etniche: _____ Nascita: GG / MM / AAAA

Tipo di Campione: Tamponi Altro: _____ Data del Prelievo: GG / MM / AAAA

- Ho letto e accetto i **Termini di Contratto** e i **Termini del consenso esplicito** di cui sotto e consento AffinityDNA di eseguire analisi del DNA sul campione fornito.

Firma: _____

PERSONA AGGIUNTIVA PADRE BAMBINO

Nome e Cognome: _____ Origini Etniche: _____ Nascita: GG / MM / AAAA

Tipo di Campione: Tamponi Altro: _____ Data del Prelievo: GG / MM / AAAA Sesso: M F

- Ho letto e accetto i **Termini di Contratto** e i **Termini del consenso esplicito** di cui sotto e consento AffinityDNA di eseguire analisi del DNA sul campione fornito.

- Se la persona testata e' **minorenne**, il genitore o il tutore legale, acconsente a testare il DNA del minorenne sotto la sua responsabilità.

Nome e Cognome: _____ Firma: _____

TERMINI DEL CONSENSO ESPlicito (SI PREGA DI CONFERMARE IL CONSENSO SPUNTANDO LA CASELLA)

Sono a conoscenza dei dati che ho fornito e i miei dati genetici saranno utilizzati esclusivamente ai fini del test del DNA ordinato. Sono consapevole che AffinityDNA dovrà condividere i miei dati con un processore di terze parti per eseguire l'analisi genetica in linea con il nostro accordo contrattuale. Comprendo che AffinityDNA potrebbe trasmettere i miei dati al di fuori dell'UE e che ha adottato tutte le precauzioni necessarie per mantenere i miei dati al sicuro. Comprendo che sono in grado di ritirare il consenso in qualsiasi momento contattando AffinityDNA via email. Comprendo tutto quanto sopra e concedo a AffinityDNA il mio esplicito consenso al trattamento dei miei dati.

Bambino: _____ Padre: _____ Madre: _____ Persona Supp.: _____

PERSONA RICHIEDENTE IL TEST

Nome e Cognome: _____

Telefono: _____

Indirizzo: _____

RISULTATI EMAIL

Email: _____

Password: _____

In conformità con la protezione dei dati, è necessario creare una password. Questo ci aiuterà a confermare la tua identità quando contatti il nostro servizio clienti.

Firma: _____

NUMERO DI RIFERIMENTO PRATICA PERSONALE

ISTRUZIONI:

- Questo modulo deve essere compilato in **MAIUSCOLE** e spedito con i campioni.
- I dettagli per ciascun partecipante devono essere completati insieme alle firme per **evitare ritardi**.
- Completa la parte 2 per i seguenti tipi di test: Parentela, Ancestrale, Infedeltà, Profilo DNA, Zigosità per gemelli o Cromosoma Y.

DETTAGLI PARTECIPANTE 1

Nome e Cognome: _____

Relazione: *padre/figlio, sorella/fratello, zia/zio, nonna/nonno aggiuntivo*

Origini Etniche: _____ Sesso: M F

Tipo di Campione: Tamponi Altro: _____

Nascita: GG / MM / AAAA

Data del Prelievo: GG / MM / AAAA

- Ho letto e accetto i **Termini di Contratto** e i **Termini del consenso esplicito** di cui sotto e consento AffinityDNA di eseguire analisi del DNA sul campione fornito.
- Se la persona testata e' **minorenne**, il genitore o il tutore legale, acconsente a testare il DNA del minorenne sotto la sua responsabilità.

Nome e Cognome: _____

Firma: _____

DETTAGLI PARTECIPANTE 2

Nome e Cognome: _____

Relazione: *padre/figlio, sorella/fratello, zia/zio, nonna/nonno aggiuntivo*

Origini Etniche: _____ Sesso: M F

Tipo di Campione: Tamponi Altro: _____

Nascita: GG / MM / AAAA

Data del Prelievo: GG / MM / AAAA

- Ho letto e accetto i **Termini di Contratto** e i **Termini del consenso esplicito** di cui sotto e consento AffinityDNA di eseguire analisi del DNA sul campione fornito.
- Se la persona testata e' **minorenne**, il genitore o il tutore legale, acconsente a testare il DNA del minorenne sotto la sua responsabilità.

Nome e Cognome: _____

Firma: _____

DETTAGLI PARTECIPANTE 3

Nome e Cognome: _____

Relazione: *padre/figlio, sorella/fratello, zia/zio, nonna/nonno aggiuntivo*

Origini Etniche: _____ Sesso: M F

Tipo di Campione: Tamponi Altro: _____

Nascita: GG / MM / AAAA

Data del Prelievo: GG / MM / AAAA

- Ho letto e accetto i **Termini di Contratto** e i **Termini del consenso esplicito** di cui sotto e consento AffinityDNA di eseguire analisi del DNA sul campione fornito.
- Se la persona testata e' **minorenne**, il genitore o il tutore legale, acconsente a testare il DNA del minorenne sotto la sua responsabilità.

Nome e Cognome: _____

Firma: _____

TERMINI DEL CONSENSO ESPlicito (SI PREGA DI CONFERMARE IL CONSENSO SPUNTANDO LA CASELLA)

Sono a conoscenza dei dati che ho fornito e i miei dati genetici saranno utilizzati esclusivamente ai fini del test del DNA ordinato. Sono consapevole che AffinityDNA dovrà condividere i miei dati con un processore di terze parti per eseguire l'analisi genetica in linea con il nostro accordo contrattuale. Comprendo che AffinityDNA potrebbe trasmettere i miei dati al di fuori dell'UE e che ha adottato tutte le precauzioni necessarie per mantenere i miei dati al sicuro. Comprendo che sono in grado di ritirare il consenso in qualsiasi momento contattando AffinityDNA via email. Comprendo tutto quanto sopra e concedo a AffinityDNA il mio esplicito consenso al trattamento dei miei dati.

Bambino: _____ Padre: _____ Madre: _____ Persona Supp.: _____

PERSONA RICHIEDENTE IL TEST

Nome e Cognome: _____

Telefono: _____

Indirizzo: _____

RISULTATI EMAIL

Email: _____

Password: _____

In conformità con la protezione dei dati, è necessario creare una password. Questo ci aiuterà a confermare la tua identità quando contatti il nostro servizio clienti.

Firma: _____