

MODULO DI RICHIESTA ESAME



PATERNITYSAFE

Non-Invasive Prenatal Paternity Test

N° di protocollo (solo uso interno): _____



Gentile Cliente,

La preghiamo di leggere attentamente le istruzioni riportate in basso, il mancato o errato rispetto delle istruzioni potrebbe compromettere la validità del test

PARTNER FEMMINILE

La sottoscritta _____
 Data di nascita _____ luogo di nascita _____
 Residente a _____ Indirizzo _____
 Documento di Identità: _____
 Codice fiscale: _____
 Età gestazionale (minimo 10 settimane): _____

(I dati personali di cui sopra sono richiesti solo a fini autorizzativi e sono trattati e tutelati secondo il Regolamento Europeo 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

PARTNER MASCHILE

Il sottoscritto _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Residente a _____ Indirizzo _____
 Documento di Identità: _____
 Codice fiscale: _____

(I dati personali di cui sopra sono richiesti solo a fini autorizzativi e sono trattati e tutelati secondo il Regolamento Europeo 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

RISULTATI

Autorizzo il laboratorio Genoma a fornire il risultato delle analisi attraverso:

Posta prioritaria all'indirizzo _____

On-line, indicando E-mail: _____

username _____ Password _____

password identificativa personale (obbligatorio): _____

IMPORTANTE: in assenza della suddetta password, il Laboratorio non potrà fornire nessuna informazione sullo status dell'esame richiesto e sul suo esito.

DATA _____

FIRMA DEL PARTNER FEMMINILE _____

FIRMA DEL PARTNER MASCHILE _____