



Associazione
Cante di Montevercchio
- O n l u s -

LABORATORIO CANTE DI MONTEVECCHIO
(Direttore Dr.ssa Luigia Varriale)

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESTRAZIONE E
LA SPEDIZIONE DEL DNA**

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST GENETICI IN MINORI

Io sottoscritto..... Padre del minore:.....
congiuntamente a:.....Madre del minore
nato/a.....il...../...../.....Residente in.....Prov.....CAP.....
Via.....n°.....Tel.....

Dopo essere stato/a informato/a che:

- L' estrazione del DNA dal materiale biologico prelevato al minore sarà eseguita presso il Laboratorio "Cante di Montevercchio".
- Il DNA estratto sarà spedito al _____, come da richiesta.

DICHIARA DI

Autorizzare Non autorizzare l'estrazione del DNA del minore presso il Laboratorio "Cante di Montevercchio"

Autorizzare Non autorizzare la spedizione del DNA del minore al _____

Data_____

Firma_____

La sottoscritta, Dr.ssa Luigia Varriale, Direttore del Laboratorio Cante di Montevercchio, garantisce il rispetto delle suddette dichiarazioni.

Data.....

Firma.....

Via Negusanti sn 61032 Fano (PU) Tel. 0721-825723 Fax 0721-839371
e-mail: segreteria@genetica-cante.it
Sito web: <http://www.genetica-cante.it/>