

# Identificazione del Cliente e Modulo del Consenso

CASO LEGALE  CASO NON LEGALE

## INFORMAZIONI DELLA MADRE -o- Altra relazione (specificare):

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Genere</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Razza:</b> (si prega di selezionarne una) <input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Tipo di foto ID usata:</b> (SOLO PER CASI LEGALI) <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Storia cliente:</b> (si prega di selezionare se applicabile) Hai avuto una trasfusione di sangue negli ultimi 3 mesi? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No Hai mai avuto un trapianto di midollo osseo o di cellule staminali? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No	
<b>Tipo di campione (i) raccolto (i):</b> <input type="checkbox"/> Tampone buccale <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____			
Io, sottoscritto, attesto che l'informazione su questo modulo e' corretta e vera al meglio della mia conoscenza e ho letto ed accetto i <b>Termini &amp; le Condizioni</b> sul retro di questo modulo.			
Firma del Partecipante o Tutore Legale*: _____		Data: _____	

FIRMA QUI

\* La firma del tutore legale e' richiesta solo se il partecipante e' al di sotto dei 18 anni o legalmente incapace di agire.

## INFORMAZIONI DEL/DELLA BAMBINO/A -o- Altra relazione (specificare):

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Genere</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Razza:</b> (si prega di selezionarne una) <input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Tipo di foto ID usata:</b> (SOLO PER CASI LEGALI) <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Storia cliente:</b> (si prega di selezionare se applicabile) Hai avuto una trasfusione di sangue negli ultimi 3 mesi? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No Hai mai avuto un trapianto di midollo osseo o di cellule staminali? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No	
<b>Tipo di campione (i) raccolto (i):</b> <input type="checkbox"/> Tampone buccale <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____			
Io, sottoscritto, attesto che l'informazione su questo modulo e' corretta e vera al meglio della mia conoscenza e ho letto ed accetto i <b>Termini &amp; le Condizioni</b> sul retro di questo modulo.			
Firma del Partecipante o Tutore Legale*: _____		Data: _____	

FIRMA QUI

\* La firma del tutore legale e' richiesta solo se il partecipante e' al di sotto dei 18 anni o legalmente incapace di agire.

## INFORMAZIONI DEL PRESUNTO PADRE -o- Altra relazione (specificare):

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Genere</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Razza:</b> (si prega di selezionarne una) <input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Tipo di foto ID usata:</b> (SOLO PER CASI LEGALI) <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Storia cliente:</b> (si prega di selezionare se applicabile) Hai avuto una trasfusione di sangue negli ultimi 3 mesi? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No Hai mai avuto un trapianto di midollo osseo o di cellule staminali? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No	
<b>Tipo di campione (i) raccolto (i):</b> <input type="checkbox"/> Tampone buccale <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____			
Io, sottoscritto, attesto che l'informazione su questo modulo e' corretta e vera al meglio della mia conoscenza e ho letto ed accetto i <b>Termini &amp; le Condizioni</b> sul retro di questo modulo.			
Firma del Partecipante o Tutore Legale*: _____		Data: _____	

FIRMA QUI

\* La firma del tutore legale e' richiesta solo se il partecipante e' al di sotto dei 18 anni o legalmente incapace di agire.

## USO RISERVATO AL CAMPIONATORE

### Dichiarazione del Campionatore

Confermo di aver letto e compreso le **procedure legali di raccolta dei campioni**.  
Dichiaro di aver identificato correttamente le parti e di aver raccolto, imballato, etichettato e sigillato accuratamente il/i campione/i e di aver assistito alle firme. Affermo, sotto pena di falsa testimonianza, che non ho alcun interesse nell'esito del test e che non si è verificata alcuna manomissione del/i campione/i mentre erano sotto il mio controllo.

Firma campionatore: \_\_\_\_\_

Campionatore:(IN STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

Data raccolta: \_\_\_\_\_ Orario: \_\_\_\_\_  AM  PM

Note: \_\_\_\_\_

Struttura/Localita': \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Citta': \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Nazione: \_\_\_\_\_

Caso Lab #: \_\_\_\_\_

MODULO DA COMPLETARE SUL RETRO

**INFORMAZIONI DELLA PARTE ADDIZIONALE -o-  Altra relazione (specificare):**

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Genere</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Razza:</b> (si prega di selezionarne una) <input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Ispanica <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Tipo di foto ID usata:</b> (SOLO PER CASI LEGALI) <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	<b>Storia cliente:</b> (si prega di selezionare se applicabile) Hai avuto una trasfusione di sangue negli ultimi 3 mesi? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No Hai mai avuto un trapianto di midollo osseo o di cellule staminali? <input type="checkbox"/> Si' <input type="checkbox"/> No	
<b>Tipo di campione (i) raccolto (i):</b> <input type="checkbox"/> Tampone buccale <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____			
Io, sottoscritto, attesto che l'informazione su questo modulo e' corretta e vera al meglio della mia conoscenza e ho letto ed accetto i <b>Termini &amp; le Condizioni</b> sul retro di questo modulo.			
Firma del Partecipante o Tutore Legale*: _____		Data: _____	

\* La firma del tutore legale e' richiesta solo se il partecipante e' al di sotto dei 18 anni o legalmente incapace di agire.

**INFORMAZIONI PER CONTATTO****Informazioni per contatto della presunta madre -o-  Altra relazione (specificare):**

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Citta': \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Informazioni per contatto del presunto padre -o-  Altra relazione (specificare):**

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Citta': \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Informazioni per contatto della parte addizionale -o-  Altra relazione (specificare):**

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Citta': \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Termini e Condizioni***Prendo atto, acconsento e accetto quanto segue:*

Verifico che le informazioni contenute su questo modulo sono corrette e fedeli al meglio delle mie conoscenze.

Autorizzo il laboratorio, o i suoi agenti, a raccogliere i campioni biologici e ad eseguire il test del DNA con il mio campione o con quello di individuo/i minore/ o incapace/i nominato/i su questo modulo.

Capisco che i campioni biologici saranno usati per test genetici e potrebbero essere conservati per test futuri.

Se questo test coinvolge una persona minorenni o che è altrimenti legalmente incapace di acconsentire, attesto che ho l'autorità legale per consentire di testare e mi assumo tutte le responsabilità legali.

Ho assistito all'etichettatura accurata del mio nome e/o del nome della persona per cui acconsento della busta/provetta o confezione contenente il campione.

Riconosco e capisco che se per qualsiasi motivo il campione biologico è inadeguato per il test, il laboratorio e il campionatore non possono essere ritenuti responsabili se non si è in grado di produrre i risultati del test a causa di campioni insufficienti o a causa della natura o delle condizioni del campione. Il laboratorio può richiedere ulteriori campioni e la parte soggetta al test può incorrere in costi aggiuntivi per il ricampionamento dei campioni. Capisco che il mio campione può essere utilizzato per la ricerca solo dopo che tutti gli identificativi sono stati rimossi dal campione.

Riconosco e accetto che la responsabilità del laboratorio nei miei confronti derivante da o in qualsiasi modo correlata alla fornitura dei servizi di test qui contemplati non deve superare il costo del test, e accetto di indennizzare, difendere e tenere il laboratorio, i suoi funzionari, agenti, dipendenti, rappresentanti e qualsiasi persona o entità che raccolga campioni indenni da ogni ulteriore richiesta o danno.

**USO RISERVATO AL LABORATORIO**Pacchetto ricevuto sigillato e sicuro:  Si'  No*Con la presente dichiaro di aver ricevuto i campioni per gli individui indicati su questo modulo e di non aver trovato prove del fatto che i campioni siano stati manomessi o che il pacchetto sia stato aperto prima del ricevimento.*

Ricevuto da: (Nome in stampatello) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del Ricevente: \_\_\_\_\_ Orario: \_\_\_\_\_  AM  PM

Note Laboratorio: \_\_\_\_\_