

AMES

Group

GENETICA MEDICA • MICROBIOLOGIA • PATOLOGIA CLINICA

AMES Group Centro Polidiagnostico Strumentale
GENETICA MEDICA - MICROBIOLOGIA - PATOLOGIA CLINICA
Via Padre Carmine Fico, n. 24
Cap. 80013 Casalnuovo di Napoli (NA)
Tel. e Fax 081 5224316 pbx - 081 8420923
081 5227785 - 081 5227636
genetica@centroames.it - marketing@centroames.it

Orari:
Lun - Ven 7.30 - 13.00
15.00 - 19.00
Sab 7.30 - 12.30
14.00 - 18.00
Dom 08.00 / 12.00

Sede Avellino
Via Brigata Avellino n°55, Cap. 83100
Tel e Fax: 0825 784184
labgamma@centroames.it

Orari:
Lun-Ven 7.30 - 13.00/16.00 - 18.30
Sab 7.30 - 13.00

Pl.: 02982591212 - Reg. Imp. di Napoli 01730460639 - N. REA. 316414

LA PREVENZIONE TI SALVA LA VITA, CHIEDI DI EFFETTUARE CHECK-UP MIRATI

SCHEDA AUTORIZZATIVA PER ACCERTAMENTO DI PATERNITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ____/____/____ residente a _____ Prov. (_____)

in via _____ n° _____ CAP _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ . Documento d'identificazione:

carta d'identità passaporto patente di guida n° _____, rilasciato da comune que-
stura prefettura di _____ in data ____/____/____, scadenza ____/____/____.

La cui fotocopia si allega al seguente documento (allegato n° _____)

Nella qualità di (barrare e compilare la casella corrispondente)

Padre legale di _____ Data e Luogo di nascita: _____

Padre presunto di _____ Data e Luogo di nascita: _____

Madre di _____ Data e Luogo di nascita: _____

Figlio/Figlia di _____ Data e Luogo di nascita: _____

Autorizzo il laboratorio _____

Ad effettuare il prelievo e la conservazione, limitatamente all'esecuzione dell'indagine, del
seguente materiale biologico:

prelievo ematico tampone buccale altro (_____) appartenente al
sottoscritto/a documentazione di provenienza allegata: (_____)

Per eseguire l'accertamento di paternità nei confronti di: _____

- Dichiaro sotto la mia responsabilità di NON AVER AVER ricevuto trasfusioni negli
ultimi 3 mesi o trapianti di midollo.
- Dichiaro di essere stato/a informato/a che:
 - saranno garantiti l'anonimato e la riservatezza sulla provenienza del campione e sulle relative indagini;
 - il materiale biologico non verrà utilizzato a fini di lucro;
 - il suddetto laboratorio non si ritiene responsabile per eventuali danni e incidenti che possono
verificarsi sui campioni conservati.
- Dichiaro inoltre di essere stato adeguatamente informato da parte di personale sanitario del
suddetto laboratorio e di aver compreso le finalità del test che mi accingo ad eseguire, ed i
relativi risultati ottenibili per me stesso e per la mia famiglia.

All'uopo fornisco il consenso al suddetto laboratorio per l'espletamento dell'esame.

FIRMA

Data _____

Informato/a sui diritti e sui limiti di cui al D.lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) esprimo il mio consenso
ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali il Laboratorio _____, Via _____

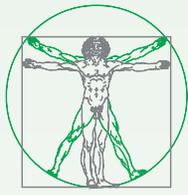
Ai sensi della legge 675/96 autorizzo ad utilizzare i miei dati personali.

FIRMA

Data _____



www.centroames.it



AMES
Group

GENETICA MEDICA • MICROBIOLOGIA • PATOLOGIA CLINICA

AMES Group Centro Polidiagnostico Strumentale
GENETICA MEDICA - MICROBIOLOGIA - PATOLOGIA CLINICA
Via Padre Carmine Fico, n. 24
Cap. 80013 Casalnuovo di Napoli (NA)
Tel. e Fax 081 5224316 pbx - 081 8420923
081 5227785 - 081 5227636
genetica@centroames.it - marketing@centroames.it

Orari:
Lun - Ven 7.30 - 13.00
15.00 - 19.00
Sab 7.30 - 12.30
14.00 - 18.00
Dom 08.00 / 12.00

Sede Avellino
Via Brigata Avellino n°55, Cap. 83100
Tel e Fax: 0825 784184
labgamma@centroames.it

Orari:
Lun-Ven 7.30 - 13.00/16.00 - 18.30
Sab 7.30 - 13.00

Pl.: 02982591212 - Reg. Imp. di Napoli 01730460639 - N. R.E.A. 316414

LA PREVENZIONE TI SALVA LA VITA, CHIEDI DI EFFETTUARE CHECK-UP MIRATI

(da compilare in caso di figlio/a minorenni)

Autorizzo inoltre, in qualità di esercente la patria potestà, il suddetto laboratorio ad effettuare il prelievo e la conservazione, limitatamente all'esecuzione dell'indagine, del seguente materiale biologico:

prelievo ematico tampone buccale altro (_____) appartenente al minore
documentazione di provenienza allegata: (_____)

Cognome: _____ Nome: _____
nato/a a _____ Prov. (_____) il ____/____/____
di cui il sottoscritto _____ è padre madre tutore legale.

FIRMA

Data _____

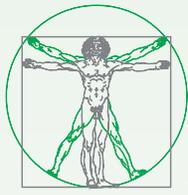
Ai fini dell'identificazione del minore viene presentato ed allegato in copia al seguente documento (allegato n° _____):

- carta d'identità passaporto n° _____, rilasciato da comune questura prefettura
di _____ in data ____/____/____ scadenza ____/____/____.
- certificato di nascita
 stato di famiglia
 atto notorio

Informato/a sui diritti e sui limiti di cui al D.lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) esprimo il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali il Laboratorio _____, Via _____
Ai sensi della legge 675/96 autorizzo ad utilizzare i miei dati personali.

FIRMA

Data _____ Firma / Timbro _____



AMES
Group

GENETICA MEDICA • MICROBIOLOGIA • PATOLOGIA CLINICA

AMES Group Centro Polidiagnostico Strumentale
GENETICA MEDICA - MICROBIOLOGIA - PATOLOGIA CLINICA
Via Padre Carmine Fico, n. 24
Cap. 80013 Casalnuovo di Napoli (NA)
Tel. e Fax 081 5224316 pbx - 081 8420923
081 5227785 - 081 5227636
genetica@centroames.it - marketing@centroames.it

Orari:
Lun - Ven 7.30 - 13.00
15.00 - 19.00
Sab 7.30 - 12.30
14.00 - 18.00
Dom 08.00 / 12.00

Sede Avellino
Via Brigata Avellino n°55, Cap. 83100
Tel e Fax: 0825 784184
labgamma@centroames.it

Orari:
Lun-Ven 7.30 - 13.00/16.00 - 18.30
Sab 7.30 - 13.00

Pl.: 02982591212 - Reg. Imp. di Napoli 01730460639 - N. REA. 316414

LA PREVENZIONE TI SALVA LA VITA, CHIEDI DI EFFETTUARE CHECK-UP MIRATI

PARTE RISERVATA AL PERSONALE SANITARIO

Il sottoscritto _____ Sanitario addetto
al Prelievo dichiara di aver personalmente controllato l'identità delle persone registrate nei moduli
per l'esame di identificazione personale.

Esame di paternità richiesto per le seguenti persone (si sottopongono al prelievo):

Sono presenti al prelievo:

La procedura di controllo è stata per ogni persona presente la seguente:

- o Scritti i nomi di chi richiede l'esame sottoponendosi al prelievo
- o Esaminato il documento di identità, ed eventuale certificato di nascita o di famiglia e trascritto i dati personali del documento sul modulo per ogni paziente
- o Segnalato con che qualifica partecipa per l'esame e se si sottopone al prelievo (presunto padre, figlio/a, madre)
- o Effettuato diretto confronto tra la persona presente e la fotografia
- o Fatto firmare il modulo al paziente in presenza del Sanitario addetto al Prelievo.
- o Fatto controfirmare il modulo ai partecipanti all'esame in presenza del Sanitario addetto al Prelievo per la conferma che le rispettive foto coincidano per tutti i partecipanti
- o Compilato ogni modulo compreso il presente in ogni sua parte
- o Eseguito il prelievo ai richiedenti l'esame quando tutti abbiano firmato il modulo

Data _____ Firma / Timbro _____

Firma pazienti per verifica dati _____
