



## طلب فحص وراثي شرعي

## موافقة

التاريخ

★ = حقل إلزامي

ثُرسل إلى:

Rättsmedicinalverket  
Avdelningen för rättsgenetik och rättskemi  
Box 1383  
LINKÖPING 13 581

يتم بدء التحقيق بعد تلقي الموافقة من كافة الأشخاص الراشدين  
المعنين في القضية.  
وبالنسبة لمن هم دون السن القانوني (لم يبلغوا سن الرشد بعد)  
فإنه يتطلب تقديم موافقة أولياء الأمر.

## تم طلب الموافقة على المشاركة في الفحص من

(وفقاً لاستمارة البلاغ، الفحص الوراثي القانوني للأفراد)

★	اسم العائلة	★	الاسم الأول
★	المنطقة البريدية	★	عنوان التوزيع (الشارع، صندوق البريد إلخ)
★	الرقم البريدي	★	

## فحص وراثي شرعي

## المشاركة

التاريخ

إنني أوافق على المشاركة في الفحص الوراثي الشرعي، الذي تم البدء فيه بواسطة الجهة المذكورة أعلاه.

الرقم الشخصي	اسم العائلة	الاسم الأول
الهاتف المحمول.	الهاتف في أوقات النهار (بما في ذلك رمز المنطقة)	عنوان التوزيع (الشارع، صندوق البريد إلخ)
	عنوان البريد الإلكتروني	الرقم البريدي
		المنطقة البريدية

## التوقيع

المنطقة والتاريخ	التوقيع
الاسم بحروف واضحة	