

**RÄTTSMEDICINALVERKET**

Téléphone : 010-483 43 00 - Fax : 010-483 41 99
 Courriel : faderskap@rmv.se

**Ordre d'analyse génétique
médico-légale****CONSETEMENT**

Date

★ = Champ obligatoire

Le processus d'analyse commencera dès la réception du consentement des personnes majeures concernées.
 En ce qui concerne les personnes mineures, le consentement du tuteur légal est obligatoire.

Doit être envoyé à :

Rättsmedicinalverket (Centre médico-légal)
 Avdelningen för rättsgenetik och rättskemi
 Box 1383
 581 13 LINKÖPING

**Consentement à la participation au processus
d'analyse demandé par**

(selon le formulaire «Anmälan, Rättsgenetisk undersökning för privatpersoner»,
 Notification, Analyse génétique médico-légale pour les particuliers)

Prénom ★	Nom ★	
Adresse (rue, BP etc) ★	Code postal ★	Ville/Commune ★

PARTICIPATION**Processus d'analyse
génétique médico-légale**

Date

**Je consens par la présente à participer au processus d'analyse génétique médico-légale,
 initiée par le demandeur ci-dessus.**

Prénom	Nom	Numéro suédois d'identifiant personnel
Adresse (rue, BP etc)		Téléphone journée (avec indicatif)
Portable	Code postal	Ville/Commune
Courriel		

Signature

Signature	Lieu et date
	Nom en caractères d'imprimerie