



# RÄTTSMEDICINALVERKET

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

## CONSETEMENT

Date

Ordre d'analyse génétique  
 médico-légale

★ = 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

Date

Processus d'analyse  
 génétique médico-légale

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