



RÄTTSMEDICINALVERKET

Telefon: 010-483 43 00 - Fax: 010-483 41 99
E-post: faderskap@rmv.se

SAMTYCKE

Datum

Beställning av rättsgenetisk
undersökning

Undersökningen initieras då samtycke inkommit från samtliga myndiga personer i ärendet. För omyndiga personer krävs samtycke från vårdnadshavaren.

Skickas till:

Rättsmedicinalverket
Avdelningen för rättsgenetik och rättskemi
Box 1383
581 13 LINKÖPING

Samtycke till medverkan i undersökningen beställd av

(Enl blankett Anmälan, Rättsgenetisk undersökning för privatpersoner)

Förnamn	Efternamn	
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort

MEDVERKAN

I rättsgenetisk
undersökning

Datum

Härmed ger jag mitt samtycke till medverkan i rättsgenetisk undersökning, initierad av beställare enligt ovan. Jag samtycker också till att samtliga som deltar i utredningen får ta del av redovisade uppgifter i resultatrapporten.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon dagtid (även riktnr)	Mobilnummer
Postnummer	Postort	E-postadress

Underskrift

Namnteckning	Ort och datum
	Namnförtydligande