CITOGEN

SOLICITUD DE REAGRUPACIÓN FAMILIAR

NºFamilia:

N° de licencia Lab. Diagnóstico Genética 5025214

(*) Campo obligatorio (#) Campo a rellenar por Citogen

1-DATOS DEL SOLICITANTE

Datos oficina consular española

Dirección*: _____ País*: _____

e-mail*: _____ Tfno: _____

Nombre de la persona de contacto*: _____

Solicitante en España

Nombre y apellidos*: _____ Tfno*: _____

Estudio solicitado: ☐ Paternidad ☐ Maternidad ☐ Paternidad-Maternidad ☐ Otros _____

2- CADENA DE CUSTODIA DE LA MUESTRA (A RELLENAR POR EL LABORATORIO/PROFESIONAL SANITARIO QUE REALIZA LA TOMA DE LA MUESTRA Y SU ENVÍO A CITOGEN S.L.U.):

Toma de muestra realizada por*: _____

Testigo*: _____

Fecha de toma*: _____ Firma de la persona que establece la cadena de custodia*:

Condiciones de almacenaje hasta su envío*: ☐ Tª ambiente ☐ Nevera ☐ Congelador

3- DATOS DE LOS PARTICPANTES EN EL ESTUDIO

Participante 1 mayor de edad **# Nº Laboratorio:**

Nombre y apellidos*: _____ Nº documento identificativo*: _____

Fecha de nacimiento*: _____ País de nacimiento*: _____ ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hijo/a ☐ Otro _____

Tipo de muestra: ☐ Frotis bucal ☐ Sangre FTA ☐ Otros _____ Firma*:

Historia clínica: ☐ Transfusión últimos 6 meses ☐ Trasplante

Si ☐ No ☐ El participante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

Participante 2 mayor de edad **# Nº Laboratorio:**

Nombre y apellidos*: _____ Nº documento identificativo*: _____

Fecha de nacimiento*: _____ País de nacimiento*: _____ ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hijo/a ☐ Otro _____

Tipo de muestra: ☐ Frotis bucal ☐ Sangre FTA ☐ Otros _____ Firma*:

Historia clínica: ☐ Transfusión últimos 6 meses ☐ Trasplante

Si ☐ No ☐ El participante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

Participante 3 menor de edad **# Nº Laboratorio:**

Nombre y apellidos*:

Nº documento identificativo*: ☐ Hijo/a ☐ Otros

Fecha de nacimiento*: País de nacimiento*:

Tipo de muestra: ☐ Frotis bucal ☐ Sangre FTA ☐ Otros

Historia clínica: ☐ Transfusión últimos 6 meses ☐ Trasplante

¿Quién es el representante legal? ☐ Participante 1 ☐ Participante 2

☐ Otro: Nombre y apellidos*:

Nº documento identificativo*: Firma del representante legal del menor:

Fotografía del menor

Si ☐ No ☐ El representante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

Participante 4 menor de edad **# Nº Laboratorio:**

Nombre y apellidos*:

Nº documento identificativo*: ☐ Hijo/a ☐ Otros

Fecha de nacimiento*: País de nacimiento*:

Tipo de muestra: ☐ Frotis bucal ☐ Sangre FTA ☐ Otros

Historia clínica: ☐ Transfusión últimos 6 meses ☐ Trasplante

¿Quién es el representante legal? ☐ Participante 1 ☐ Participante 2

☐ Otro: Nombre y apellidos*:

Nº documento identificativo*: Firma del representante legal del menor:

Fotografía del menor

Si ☐ No ☐ El representante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

4- CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/Los arriba firmante/s, mediante el presente documento dan el CONSENTIMIENTO para la extracción de su muestra y la de los menores a su cargo. Autorizan la utilización de los datos genéticos que se obtengan de la muestra aportada para realizar el estudio de filiación correspondiente. La autorización de las personas menores de edad deberán realizarla sus padres o tutores legales.

Son conocedores del derecho de los participantes o de sus tutores legales al acceso a los informes de resultados en caso de las pruebas con validez legal.

Manifiestan conocer la eficacia técnica de la prueba en el momento actual. Manifiestan conocer la posible trascendencia jurídica del resultado de dicha prueba. Manifiestan conocer que el resultado de la prueba será resumido en un informe escrito al que tendrán acceso el/los solicitantes o su representante legal y la oficina consular relacionada. El modo de envío será indicado en esta solicitud. Manifiestan conocer el costo económico de las pruebas solicitadas, que no incluyen el peritaje judicial si fuese necesario.

El responsable del tratamiento de sus datos personales es CITOGEN S.L.U. y su finalidad es, exclusivamente, presupuestar los servicios solicitados, realizar los análisis solicitados, la gestión interna paciente-empresa, la gestión administrativa de nuestra empresa, la facturación de los servicios solicitados (en su caso), el uso para fines de investigación y estudio poblacional (si lo autoriza) y el envío de información comercial (si lo autoriza).

En todo momento usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, limitación u oposición a su tratamiento y a retirar el consentimiento prestado.

Puede consultar la información completa en nuestra página web https://www.cagt.es/proteccion-datos/

Recepción de la muestra (A rellenar por Citogen S.L.U.):

#Recibida por*: #Fecha de recepción*: #Firma del receptor*:

#Observaciones:

#Empresa de transporte*: #Condiciones de recepción*: ☐ Paquete sellado ☐ NO conforme