Studio Galileo
consulenza e analisi

di Candiani Dott. Barbara

SCHEDA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELLE ANALISI

La Ditta / L'Agenzia Investigativa / Il Sig. / La Sig.ra

_____

Avente sede in / Residente in_____

Via_____

Tel._____

C.F. e/o P. IVA_____

(i dati personali di cui sopra sono richiesti solo a fini autorizzativi e sono trattati e tutelati secondo le direttive del D.lgs 196/2003 codice in materia di protezione dei dati personali)

Autorizza

Studio Galileo sito in Via Susani, 3 – 43100 – Parma ad effettuare l'ANALISI specificata in tabella 2, sul/sui campione/i indicato/i in tabella 1, ma qui sotto descritto/i singolarmente:

Campione A _____

(es. ciocca di capelli della lunghezza di circa 5 cm; oppure slip uomo di colore nero; etc.)

Campione B (eventuale)_____

Campione C (eventuale)_____

Campione D (eventuale)_____

Campione E (eventuale)_____

Tabella 1
TIPO DI CAMPIONE INVIATO (barrare la/le casella/e corrispondente/i)
☐ Tampone buccale (saliva)
☐ Tracce di sangue secco (su indumento o altro)
☐ Tracce di sangue secco (prelevate da fresche con tampone)
☐ Tracce di sangue fresco (materiale in provetta)
☐ Capelli
☐ Peli pubici
☐ Peli ascellari
☐ Liquido seminale fresco (materiale in provetta)
☐ Liquido seminale secco (su indumento o altro)
☐ Urina
☐ Feci
☐ Mozziconi di sigaretta
☐ Chewing gum
☐ Lamette da barba
☐ Fazzoletto di carta con traccia indefinita
☐ Fazzoletti di stoffa con traccia indefinita
☐ Ritagli di stoffa o altro con traccia indefinita
☐ Altro:
☐ Altro:
☐ Altro:

Tabella 2		
ANALISI RICHIESTE DAL CLIENTE (barrare la/le casella/e corrispondente/i)		
ANALISI GENETICHE	☐ Ricerca di profilo genetico di DNA	
	☐ Determinazione del sesso di appartenenza mediante ricerca del cromosoma "Y"	
	☐ Test di paternità	☐ presunto padre, madre, presunto figlio
		☐ presunto padre, presunto figlio
		☐ madre, presunto figlio
		☐ altra persona (campione aggiuntivo)
IDENTIFICAZIONE DELLA NATURA BIOLOGICA DEL CAMPIONE	☐ Microanalisi per la determinazione di:	☐ Sperma
		☐ Secrezioni vaginali
	☐ Diagnosi generica	
	☐ Diagnosi di specie	
ANALISI TOSSICOLOGICA	☐ Individuazione tracce sostanze stupefacenti (generica)	
	☐ Individuazione tracce sostanze stupefacenti (temporale) Indicare su quali centimetri di capelli:	
	☐ Individuazione tracce sostanze tossiche/velenose	
CHECK UP SALUTE	☐ Check up del sistema metabolico e analisi delle tendenze patologiche	
	☐ Valutazione del metabolismo energetico cellulare	
	☐ Capacità detossicativa del fegato	
	☐ Analisi degli acidi grassi plasmatici	
	☐ Intolleranze alimentari	
ALTRE ANALISI	☐ Analisi acqua – terreno – rifiuti	
	☐ Analisi merceologica	
	☐ Analisi dattiloscopica	
	☐ Analisi grafologica	
	☐ Certificazione ai sensi di una specifica normativa	

Dichiaro inoltre:

· di essere stato/a adeguatamente informato/a da parte del personale di Studio Galileo e di aver compreso le finalità del test che mi accingo ad eseguire ed i relativi risultati ottenibili;

· di aver letto e compreso il depliant informativo inviatomi/consegnatomi da personale di Studio Galileo riguardante l'iter procedurale ed analitico del test che mi accingo ad eseguire;

· di essere stato/a informato/a dal personale del suddetto studio circa le norme che tutelano la "privacy", di cui al D.lgs 196/2003, sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali;

· di essere stato/a informato/a dal personale di Studio Galileo che costituisce reato costringere la persona a sottoporsi a prelievo di campioni biologici contro la propria volontà, o l'effettuare prelievi su minori senza avere la patria potestà sul minore medesimo nelle forme e ai sensi dell'art. 316 c.c.

· di aver proceduto al prelievo dei campioni biologici sopra specificati rispettando tali norme; e declino Studio Galileo S.a.s. da ogni responsabilità circa il mio operato non conforme a quanto sopra specificato.

Fornisco quindi il consenso a Studio Galileo per l'espletamento dell'esame.

Sono inoltre consapevole che gli accertamenti, eseguiti sui campioni biologici da me forniti, non potranno avere valore giuridico se non verrà comprovata l'identità delle persone oggetto d'esame, se non saranno fornite, in caso di minori, le autorizzazioni relative allo svolgimento dell'esame, da parte di tutti gli esercenti la patria potestà e se non sarà accertata la provenienza dei campioni.

Luogo e Data _____

TIMBRO E FIRMA

_____

Informato/a sui diritti e sui limiti di cui al D. Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) esprimo il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali Studio Galileo S.a.s. - Via Susani, 3 – 43100 – Parma.

Data _____ **TIMBRO E FIRMA**

_____

Richiedo ed autorizzo Studio Galileo a fornirmi i risultati del test per:

- **Raccomandata**, all'indirizzo _____
- **E - mail**, all'indirizzo _____
- **Telefono**, al/ai numero/i_____
- **Fax**, al numero_____