

_____ de _____ de 20_____

Eu, _____ Portador da cédula de
identidade número _____, civilmente identificada como mãe do
(a) menor _____, declaro
que o mesmo está autorizado a realizar o Teste de Paternidade por Análise de DNA juntamente com o Sr.
_____, eximindo dessa forma toda e
qualquer responsabilidade do Laboratório.

Paciente ou Responsável