

RÉVOCACTION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, _____
de nationalité _____, domicilié(e) à _____
_____ et titulaire de la carte DNI/ID n°.
_____, **en mon nom et de mon plein droit**

* Cette case est à remplir si la personne sur laquelle est prélevé l'échantillon biologique est majeure et ne fait pas l'objet de mesures d'accompagnement pour l'exercice de sa capacité juridique, y compris la représentation.

Je, _____
de nationalité _____, domicilié à _____
_____ et titulaire de la carte DNI/ID n°.
_____, en mon nom propre et de mon plein droit ; et

Je, _____
de nationalité _____, domicilié à _____
_____ et titulaire de la carte DNI/ID n°.
_____, en tant que représentant légal des personnes susmentionnées,
et garantissant sous ma responsabilité qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts entre moi et
mon mandant.

* Il s'agit de la case à remplir si la personne sur laquelle est prélevé l'échantillon biologique est mineure ou fait l'objet de mesures d'accompagnement pour l'exercice de sa capacité juridique, y compris sa représentation, mais qu'elle peut participer au processus décisionnel en fonction du degré de suffisance de sa volonté, dans ce cas, ou de sa maturité, dans le cas d'un mineur (qui sera présumé dans tous les cas s'il a plus de 12 ans), en tenant compte du fait que dans les deux cas, la personne représentée devra également donner son consentement, ainsi que celui de son représentant légal.

Je, _____,
de nationalité _____, domicilié à _____
_____ et titulaire de la carte d'identité no.
_____, en tant que représentant légal de _____
_____, de nationalité _____,
domicilié à _____ et
titulaire de la carte d'identité n°. _____, et garantissant sous ma
responsabilité qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts entre moi-même et la personne que
je représente.

* Il s'agit de la case à remplir si la personne sur laquelle l'échantillon biologique est
prélevé est mineure ou fait l'objet de mesures de soutien à l'exercice de sa capacité juridique
incluant sa représentation et que, de plus, sa participation à la prise de décision n'est pas
possible parce que les conditions décrites dans la case précédente ne sont pas remplies.

Je déclare ma volonté de révoquer le consentement donné, à la date de _____, pour la prestation de services par "24GENETICS, S.L.", donc je retire mon autorisation de continuer avec le test et/ou rapport contracté.

Date _____

Signature(s)

Ce document de révocation doit être envoyé à l'adresse suivante :

"24GENETICS, S.L."
Paseo de la Castellana, n.º 95, planta 28
Madrid (C. P. 28046)-ESPAÑA