

Municipio/ Kommun
Comisión responsable/ Ansvarig nämnd
Nombre y apellido del investigador/ Utredarens förnamn och efternamn
Domicilio (dirección, número y dirección postal)/ Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)
Teléfono (incluido el prefijo)/ Telefon (inkl. riktnr)

**COMUNICACIÓN**  
a la comisión responsable que realizó  
la prueba en la causa de paternidad

**MEDDELANDE**  
till ansvarig nämnd om utförd provtagning  
i faderskapsärende

Se devuelve a la comisión responsable  
Returneras till den ansvariga nämnden

**Debe llenarlo la comisión responsable/ Fylls i av ansvarig nämnd**

Nombre y apellido de la persona a la que se le tomará la muestra/ Förnamn och efternamn på person som prov skall tas på	Número de identificación personal/ Personnummer
--	---

**Deberá llenarlo el personal de sanidad y hospitalario/ Fylls i av hälso- och sjukvårdspersonal**

Identidad de la persona certificada a través de (tipo y número del documento de identidad)/ Personens identitet styrkt genom (legitimationshandlingens typ och nummer)	
Lugar en que se tomó la muestra/ Plats för provtagningen	Fecha en que se tomó la muestra/ Provtagningsdatum
Tomé una muestra para análisis genético-forense de la persona mencionada arriba (fecha y firma )/ Jag har tagit ett rättsgenetiskt prov på ovanstående person (datum och provtagarens namnteckning)	
Aclaración de firma/ Namnförtydligande	Teléfono (incluido el prefijo)/ Telefon (inkl. riktnr)