

	<b>FUNDACION ARTHUR STANLEY GILLOW</b>	<b>Vigencia: Enero 25 de 2011</b>
	<b>FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TOMA DE MUESTRA DE MENOR DE EDAD</b>	<b>Versión: 01</b>
	<b>CODIGO: AB-P009-F10</b>	<b>Página 1 de 1</b>

Yo \_\_\_\_\_ con C.C No. \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades legales, doy autorización a la Fundación Arthur Stanley Gillow, para tomar la muestra de sangre a mi hijo (a) menor de edad de nombre \_\_\_\_\_ con documento de identidad \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, para realizar la prueba de paternidad con el señor \_\_\_\_\_ con C.C \_\_\_\_\_ . Autorizo a \_\_\_\_\_ con C.C. \_\_\_\_\_ para firmar los formatos a mi nombre y para transportar al menor en cuestión.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, FIRMA Y DOC IDENTIFICACION**