

القرار الوزاري رقم (183) لسنة 2024 م

بشأن اعتماد نماذج إقرار النسب

وزير الصحة ووقاية المجتمع

بعد الاطلاع:

على القانون الاتحادي رقم (1) لسنة 1972 م في شأن اختصاص الوزارات وصلاحيات الوزراء وتعديلاته،
وعلى القانون الاتحادي رقم (7) لسنة 2019 م في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب،
وعلى قرار مجلس الوزراء رقم (64) لسنة 2020 م بشأن اللائحة التنفيذية للقانون الاتحادي رقم (7)
لسنة 2019 م في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب،
وعلى المرسوم بقانون اتحادي رقم 17 لسنة 2023 م بتعديل بعض أحكام القانون الاتحادي رقم (7)
لسنة 2019 م في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب،
وعلى قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2021 م بشأن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة ووقاية المجتمع.

وبناء على مقتضيات المصلحة العامة،،،

قَرَّر ما يلي:

- المادة (1): يعتمد نمونجا إقرار النسب رقمي (1) و(2) المرفقان بهذا القرار.
- المادة (2): يلغى كل حكم آخر يخالف أو يتعارض مع أحكام هذا القرار.
- المادة (3): ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية ويعمل به اعتباراً من اليوم التالي لتاريخ نشره.

عبدالرحمن بن محمد العويس

وزير الصحة ووقاية المجتمع

صدر بتاريخ: 11 / 09 / 2024

مرفق القرار الوزاري رقم (183) لسنة 2024
نموذج رقم (1)

إقرار الزوج/ الأب بالنسب (بنوة)

إنه في يوم الموافق / / 202

حضر أمامنا نحن وبصفتي بمقر

(يذكر اسم الجهة المختصة بالدولة التي ينتمي إليها الشخص المقر والتي سيحمل المولود جنسيتها

واسم الموظف المسؤول بهذه الجهة وصفته)

السيد/ (يذكر الاسم كاملاً):

الجنسية: رقم جواز السفر / رقم الهوية الإماراتية:

تاريخ الإصدار: تاريخ الميلاد:

محل الإقامة:

وأقر بما يأتي:

1. بأنني مسؤول عن كل تصرفاتي وإن إقراري هذا قد تم بمحض إرادتي واختياري دون إكراه مادي أو

معنوي من أي طرف.

2. وبأن الطفل الذي سيولد نتيجة لاستخدام تقنيات المساعدة الطبية على الإنجاب هو ابني وأؤكد نسبه

لي.

3. وبأنه لا يوجد إنكار من الأم صاحبة البويضة التي سيتم تلقيحها بنسب المولود لي أنا المقر والموقع
أدناه ويعتبر توقيعها على هذا الإقرار اعترافاً منها بصحة ما جاء به ولا يجوز لها المنازعة أو إنكار
نسب المولود لي واكتسابه جنسيتي ومسؤوليتي عنه.

المقر بما فيه: الزوج (الأب)	إشهاد: الزوجة (الأم)
الاسم:	الاسم:
التوقيع:	التوقيع:

اسم الموظف الموثق:	اسم الموظف الموثق:
الوظيفة:	الوظيفة:
أصادق على هذا الإقرار باعتباره وثيقة إثبات نسب	ختم البعثة الدبلوماسية
التوقيع:	للدولة التي ينتمي إليها الزوج (الأب)

تصديق وزارة الخارجية
لدولة الامارات العربية المتحدة

نموذج رقم (2)

إقرار الزوجة / الأم بالنسب (بنوة)

إنه في يوم الموافق / / 202

حضرت أماننا نحن وبصفتي بمقر

(يذكر اسم الجهة المختصة بالدولة التي ينتمي إليها الشخص المقر والتي سيحمل المولود جنسيتها واسم الموظف المسؤول بهذه الجهة وصفته)

السيدة/ (يذكر الاسم كاملاً):.....

الجنسية:.....رقم جواز السفر/ رقم الهوية الإماراتية:.....

تاريخ الإصدار:.....تاريخ الميلاد:.....

محل الإقامة:.....

وأقرت بما يأتي:

1- بأنني مسؤولة عن كل تصرفاتي وإن إقراري هذا قد تم بمحض إرادتي واختياري دون إكراه مادي أو

معنوي من أي طرف.

2- وبأن الطفل الذي سيولد نتيجة لاستخدام تقنيات المساعدة الطبية على الإنجاب هو ابني وأؤكد نسبه

لي

3- وبأنه لا يوجد انكار من الأب صاحب الحيوان المنوي بنسب المولود لي ويعتبر توقيعه على هذا الإقرار اعترافاً منه بصحة ما جاء به ولا يجوز له المنازعة أو إنكار نسب المولود لي واكتسابه جنسيتي ومسؤوليتي عنه.

المقر بما فيه: الزوجة(الأم)	إشهاد: الزوج(الأب)
الاسم:	الاسم:
التوقيع:	التوقيع:

اسم الموظف الموثق:

الوظيفة:

أصادق على هذا الإقرار باعتباره وثيقة إثبات نسب
ختم البعثة الدبلوماسية
التوقيع: للدولة التي تنتمي اليها الزوجة (الأم)

تصديق وزارة الخارجية
لدولة الامارات العربية المتحدة