



Antigen Schnelltest COVID-19 / Test Antigenico rapido COVID-19

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!

PER FAVORE COMPILARE IN MODO LEGGIBILE!

Zu testende Person / Persona da testare

Nachname und Name / *cognome e nome* _____

geboren am / *data di nascita* _____ Steuernummer / *codice fiscale* _____

Mobil-Tel. Nummer / *numero cellulare* _____

E-Mail-Adresse / *indirizzo e-mail* _____

In der Eigenschaft als / In qualità di

direkt Betroffener / *diretto interessato*

Elternteil oder Sorgeberechtigter / *genitore o tutore legale*

Name und Nachname / *nome e cognome* _____

geboren am / *data di nascita* _____ in / a _____

Bevollmächtigter / *curatore*

Name und Nachname / *nome e cognome* _____

geboren am / *data di nascita* _____ in / a _____

Il trattamento dei dati si svolgerà in conformità con quanto riportato sull'informativa resa disponibile all'interessato/a e di cui anche nel seguente link <https://www.asdaa.it/it/privacy.asp>

(Datum, Ort und Unterschrift / *Data, luogo e firma*)

DEM SANITÄTS-TEAM VORBEHALTEN / RISERVATO AL TEAM-SANITARIO

Datum / *Data* _____

Aktuelle Uhrzeit / *Orario attuale* _____

Ablesezeit / *Orario lettura* _____

Testergebnis / *Esito del test*

NEGATIV / *NEGATIVO*

POSITIV / *POSITIVO*

Für die Ablesung des Ergebnisses
Per la lettura del risultato

