



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 Betroffene/r / *diretto/a interessato/a*
 Elternteil oder Sorgeberechtigte/r / *genitore o tutore legale*

Name und Nachname / *nome e cognome* _____

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

- Bevollmächtigte/r / *curatore*

Name und Nachname / *nome e cognome* _____

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

Krankmeldung / Certificato medico

- Bei positivem Befund brauche ich eine Krankmeldung an das NISF
In caso di esito positivo necessita di un certificato di malattia per l'INPS

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

DEM SANITÄTS-TEAM VORBEHALTEN / RISERVATO AL TEAM-SANITARIO

Linie Nummer / *Linea numero* _____

Fortlaufende Nummer / *Numero progressivo*

Datum & Uhrzeit / *Data & ora* _____/11/2020, _____:

Testergebnis / *Esito del test*

NEGATIV / *NEGATIVO*

POSITIV / *POSITIVO*

Für die Ablesung des Ergebnisses
Per la lettura del risultato

Unterschrift – *Firma*

