

**Antigen Nasenflügeltest COVID-19 / Test Antigenico nasale 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 \_\_\_\_\_

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

**DEM TEST-TEAM VORBEHALTEN / RISERVATO AL TEST-TEAM**

Datum / *Data* \_\_\_\_\_

Aktuelle Uhrzeit / *Orario attuale* \_\_\_\_\_

Ablesezeit / *Orario lettura* \_\_\_\_\_

Testergebnis / *Esito del test*

NEGATIV / *NEGATIVO*

POSITIV / *POSITIVO*

