

## 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 necessito 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*

