



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 _____

Die Verarbeitung der Daten erfolgt in Übereinstimmung mit dem Informationsschreiben, das der betroffenen Person zur Verfügung gestellt wird und auch unter dem folgenden Link einsichtbar ist <https://www.sabes.it/de/Datenschutz.asp>
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 TEST-TEAM VORBEHALTEN / RISERVATO AL TEST-TEAM

Datum / Data _____

Aktuelle Uhrzeit / Orario attuale _____

Ablesezeit / Orario lettura _____

Testergebnis / Esito del test

NEGATIV / *NEGATIVO*

POSITIV / *POSITIVO*

