

Schul Monitoring *Monitoraggio Scuole*

Antigen Schnelltest SARS-CoV-2

Test Antigenico rapido SARS-CoV-2

ANMELDEFORMULAR

MODULO DI REGISTRAZIONE

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN

PER FAVORE COMPILARE IN MODO LEGGIBILE

Bitte, drucken Sie dieses Formular aus und nehmen Sie es zu jedem Test mit!

Stampi il modulo e lo porti con sé tutte le volte che fa un test, grazie!

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* **+39** _____

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

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

DEM Test-TEAM VORBEHALTEN

RISERVATO AL TEAM-Test

Testort / *Luogo del test* _____

Datum & Uhrzeit / *Data & ora* _____

Testergebnis / *Esito del test*

NEGATIV / NEGATIVO

POSITIV / POSITIVO

Für die Ablesung des Ergebnisses
Per la lettura del risultato

Unterschrift – *Firma*