



ANTIGENTEST COVID-19

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN! PER FAVORE COMPILARE IN MODO LEGGIBILE!

Nachname / Cognome _____

Name / Nome _____

geboren am / nato/a il _____ in / a _____

Steuernummer / codice fiscale _____

Mobil-Nummer / numero cellulare _____

E-mail Adresse / indirizzo mail _____

DEM SANITÄTS-TEAM VORBEHALTEN / RISERVATO AL TEAM-SANITARIO

Fortlaufende Nummer	
--------------------------------	--

DATUM & UHRZEIT/DATA & ORA: _____

☐ **NEGATIV / NEGATIVO**

☐ **POSITIV / POSITIVO**

Für die Ablesung des Ergebnisses:
Per la lettura del risultato:

Unterschrift – Firma