



Antigen Schnelltest SARS-CoV-2 ANMELDEFORMULAR

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN

Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular bei jedem Test ab!

Test Antigenico rapido SARS-CoV-2 MODULO DI REGISTRAZIONE

PER FAVORE COMPILARE IN MODO LEGGIBILE

Si prega di consegnare il modulo compilato in occasione di ogni test!

► 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 Bevollmächtigter / curatore

Nachname und Name / *cognome* e nome _____

geboren am / *data di nascita* _____ Steuernummer / *codice fiscale* _____

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 SANITÄTS-TEAM VORBEHALTEN *RISERVATO AL TEAM-SANITARIO*

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