

**Bescheinigung über das Vorliegen eines positiven oder negativen Antigen-Tests zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus gemäß Sächsischer Corona-Schutz-Verordnung**

**Dieser Test wurde im Rahmen der betrieblichen Testung durch eine fachkundige oder eingewiesene Person durchgeführt bzw. beaufsichtigt.**

**Getestete Person:**

.....  
Name, Vorname

.....  
Anschrift Hauptwohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Land)

.....  
ggf. Anschrift derzeitiger Aufenthaltsort

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefonnummer

.....  
E-Mail-Adresse

**Coronavirus Antigen-Test**

COVID-19 Antigen Rapid Test Kit  
Test: .....  
Name des Tests

SAFECARE BIO-TECH  
Hersteller: .....  
Herstellername

Testdatum/Uhrzeit: .....

Testergebnis: negativ  positiv

Geschwister-Scholl-Gymnasium  
Geschwister-Scholl-Straße 4  
04425 Taucha  
Tel.: 034298 35280 - Fax: 352819  
E-Mail: kontakt@gymnasium-taucha.de  
Web: www.gymnasium-taucha.de

.....  
Stempel Betrieb, Datum, Unterschrift