

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl / Ort:

Geplante Tätigkeit:

Üben Sie eine Tätigkeit im **Bestattungsgewerbe** (gewerbsmäßig) aus? **nein** **ja**

Ich erkläre hiermit,

- dass ich gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz mündlich und schriftlich über
 - die Mitteilungspflicht gegenüber dem Arbeitgeber (§ 43 Abs. 2)
 - die Tätigkeitsverbote (§ 42 Abs. 1)
 - die Belehrungs- und Dokumentationspflicht des Arbeitgebers (§ 43 Abs. 4) sowie über
 - die Pflicht zur Aufbewahrung und Verfügbarhaltung der Bescheinigung in der Betriebsstätte (§ 43 Abs. 5)

aufgeklärt wurde und

- dass mir keine Tatsachen bekannt sind, welche ein Tätigkeitsverbot nach § 42 Abs. 1 IfSG für mich zur Folge haben könnten.

Ort/Datum

Unterschrift

ausgewiesen durch: Personalausweis Reisepass amtsbekannt

weitere Vermerke:

Mitarbeiter Hygiene