



Selbstauskunft zur COVID-19-Erkrankung

- Ich möchte ausdrücklich an dieser Weiterbildung teilnehmen.
- Hiermit versichere ich, dass ich wissentlich aktuell keine Symptome einer Erkältungserkrankung habe.
- Hiermit versichere ich weiterhin, dass ich wissentlich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer positiv auf SARS-CoV-2 getesteten oder an COVID-19 erkrankten Person hatte.
- Ich versichere, dass ich mich innerhalb der letzten 14 Tage nicht in einem durch die deutschen Gesundheitsbehörden ausgewiesenen Sars-CoV-2-Risikogebiet aufgehalten habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bitte füllen Sie die folgenden Felder in Druckbuchstaben aus:

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer und E-Mail-Adresse