



**Nachweis der vorhandenen zweimaligen
Schutzimpfung gegen COVID-19
bzw.
einer ärztlichen Bestätigung einer durchgemachten
COVID-19 Erkrankung**

Hiermit bestätige ich

Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

- eine zweimalige Schutzimpfung gegen COVID-19 erhalten zu haben.
 - verfügt über eine ärztliche Bestätigung/Genesenennachweis über eine durchgemachte COVID-19 Infektion, gültig bis zum .

Auf eine zweimalige Selbsttestung pro Woche kann nach dem aktuellen Stand verzichtet werden. Eine freiwillige zweimalige Selbsttestung pro Woche wird weiterhin empfohlen.

Datum **Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters**