

Gesundheitsbestätigung

FSV BAU Weischlitz

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich sowie die im Haushalt lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zur Anordnung von Hygieneauflagen zur Verhinderung der Verbreitung des Corona-Virus - Bekanntmachung vom 4. Juni 2020 Punkt 12).

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Klarstellender Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich auf die persönliche Freiheit von Symptomen der Krankheit Covid-19 an.