

Einrichtungsbezogene Impfpflicht – Arbeitgebernachweis

Mitarbeiter/in

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Arbeitgeber

Name _____

Adresse _____

Hiermit wird vom Arbeitgeber bestätigt, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter der einrichtungsbezogenen Impfpflicht nach § 20a Infektionsschutzgesetz unterliegt.

Datum

Unterschrift Arbeitgeber