|  |  |
| --- | --- |
| Ev: PLATZ FÜR LOGO | W**ebsite**  TEL  MAIL  FAX |
| Ordination  Straße Nummer  PLZ Ort  Land |
| Bestätigung des Arbeitgebers für Arbeitskräfte kritischer Infrastruktur bzw. in der Daseinsvorsorge |  |

Hiermit wird bestätigt, dass der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

folgende dringliche Aufgabe wahrzunehmen hat und im Rahmen der bestehenden Beschränkungen zur Corona-Situation in Österreich als Schlüsselarbeitskraft in der Ordination gilt.

Art der Aufgabe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort der Aufgabenerfüllung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeit der Aufgabenerfüllung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel & Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Arzt/Ärztin/Arbeitgeber und Ort, Datum

*Diese Bestätigung wird bei Bedarf im Original Prüforganen vorgewiesen;*

*Kopien werden zur Aushändigung mitgeführt.*