

BESTÄTIGUNG

(des Arbeitgebers für den Arbeitnehmer)

gemäß § 2 Z 4 der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes

_____, am _____

Hiermit bestätigt der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin Folgendes:

- Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin _____ ist im Betrieb des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin beschäftigt. Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist für die Aufrechterhaltung des Betriebes erforderlich und unverzichtbar.
- In der Betriebsstätte (am Arbeitsplatz) wird der erforderliche Mindestabstand von einem Meter gegenüber anderen Personen strikt eingehalten.
- Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin arbeitet zu folgenden Zeiten _____.
- Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin arbeitet an folgendem/n Betriebs(ort)/-orten _____.

Relevante Daten des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin:

Firmenname: _____ _____	Telefon: _____ E-Mail: _____
Straße: _____	Fax: _____
PLZ Ort: _____	

Unterschrift/Firmenstempel _____

Wichtige Information: Dieses Dokument sollte in Original mitgeführt werden, um es im Falle einer Überprüfung vorlegen zu können. Dennoch empfiehlt es sich auch Kopien bei sich zu haben, um diese auszuhändigen zu können.