|  |  |
| --- | --- |
| PLATZ FÜR Firmen LOGO | Website der Firma  Institutions-Bezeichnung  [xx@domain.at](mailto:xx@domain.at)  TEL FAX  ADRESSE |
| Unternehmen  Abteilung  Straße Nummer  PLZ Ort  Land |

**Bestätigung des/der ArbeitgeberIn für Arbeitskräfte**

**(Ausnahmen vom Betretungsverbot öffentlicher Orte gem.**

**§2 der Verordnung gem § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes)**

Ort, Datum

Hiermit wird bestätigt, dass der/die MitarbeiterIn

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

folgende dringliche Tätigkeit wahrzunehmen hat, als Schlüsselarbeitskraft unseres Unternehmens gilt und die notwendigen Maßnahmen im gesetzlich geforderten Ausmaß (zB. hygienische Maßnahmen, Abstand von mind. 1 Meter) jedenfalls gesetzt werden.

Art der Tätigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erfüllungsort(e): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STEMPEL der Firma/des Unternehmens

Bei Rückfragen sind wir unter der oben angegebenen Telefonnummer erreichbar.

*Diese Bestätigung ist bei Bedarf im Original Prüforganen vorzuweisen; Kopien sollen zur Aushändigung mitgeführt werden.*