

Betroffenheit von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen das Coronavirus als BeschäftigteR im Gesundheitswesen

Name:

Anschrift:

Beruf:

Ich bestätige, dass ich aufgrund meiner Tätigkeit im Gesundheitsbereich von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen das Coronavirus betroffen bin und

- meinen Beruf bereits jetzt nicht mehr ausüben kann.
- mir ein Tätigkeitsverbot droht, sodass ich meinen Beruf nicht mehr ausüben werde können.

Datum, Unterschrift