………………………..

Name, Vorname

……………………….

……………………….

Anschrift

**z.H. Leitung der Kindertageseinrichtung**

**Erklärung von Arbeitnehmer\*innen mit Zugehörigkeit zur Risikogruppe von COVID-19 ohne Prüfung durch einen Betriebsarzt/eine Betriebsärztin**

Ich gehöre zu dem Personenkreis mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Vor dem Hintergrund des gegenwärtig geringen Ansteckungsrisikos stelle mich auch ohne Vorstellung bei einem Betriebsarzt/eine Betriebsärztin ab dem

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis auf weiteresfür die Tätigkeit in der

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name der Kindertageseinrichtung)

zur Verfügung, obwohl ein vollumfänglicher Schutz vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 in einer Kindertageseinrichtung nicht möglich ist. Dies entbindet den Arbeitgeber nicht, alle möglichen und vom RKI sowie den örtlichen Gesundheitsbehörden vorgesehenen individuellen Schutzmaßnahmen umzusetzen.

Dieses Schreiben kann zu meiner Personalakte genommen werden.

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

Ort, Datum Unterschrift