

Einverständniserklärung

Da meine Tochter/mein Sohn:

Vorname/Name:

Geburtsdatum: . . .

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich aufnehmen wird, bin ich damit einverstanden, dass durch eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter des Gesundheitsamtes der Stadt Wilhelmshaven die nach § 43 Infektionsschutzgesetz vorgeschriebene Belehrung durchgeführt wird.

Meine Tochter/Mein Sohn ist berechtigt, die nach erfolgter Belehrung vorgeschriebene Unterschrift zu leisten.

Wilhelmshaven, Datum: . . .

Unterschrift der Erziehungsberechtigten