

Arbeitgeberbescheinigung zur Vorlage bei Ausgangssperre

Es wird hiermit bestätigt, dass
Frau / Herr

- Vollzeit Teilzeit _____ Anzahl Wochenstunden
- Regelmäßige Arbeitszeit von _____ bis _____
- unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst, etc.)

einer Berufstätigkeit in unten genannter Arztpraxis/unten genanntem Unternehmen nachgeht und für die Aufrechterhaltung des Betriebes unabkömmlich ist.

Die Berufstätigkeit erfolgt in einer zur kritischen Infrastruktur erklärten Einrichtung des Gesundheitswesens und kann nicht von zu Hause aus ausgeführt werden.

Firma:

Ort, Datum

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)