|  |  |
| --- | --- |
| WAeK | Institutions-Bezeichnung, Ordination, Labor, Ärztefunkdienst, etc. TEL: FAX: ADRESSE:  |
|   |
| Bestätigung des Arbeitgebers für Arbeitskräfte bzgl. des Aufenthalts im öffentlichen Raum aus erforderlichen beruflichen Zwecken |  |

Ort/Datum:

Hiermit wird bestätigt, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter

folgende dringliche Aufgabe wahrzunehmen hat und im Rahmen der bestehenden Beschränkungen zur Corona-Situation in Österreich als Schlüsselarbeitskraft gilt.

Art der Aufgabe:

Ort der Aufgabenerfüllung:

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

 *Diese Bestätigung wird bei Bedarf im Original Prüforganen vorgewiesen; Kopien werden zur Aushändigung mitgeführt.*