

# BESTÄTIGUNG SCHLÜSSELARBEITSKRAFT



Institutions-Bezeichnung, Ordination, Labor,  
Ärztendienst, 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.*