

BESTÄTIGUNG SCHLÜSSELARBEITSKRAFT



Institutions-Bezeichnung, Ordination, Labor,
Ärztendienst etc.



TEL:
FAX:

ADRESSE:

Bestätigung der Ärztekammer für Wien für Arbeitskräfte kritischer Infrastruktur bzw. in der Daseinsvorsorge

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 unseres
Unternehmens gilt.

Art der Aufgabe: _____

Ort der Aufgabenerfüllung: _____

Unterschrift: _____

STEMPEL

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