

Betreuer Athlet:

\_\_\_\_\_

Anrede:

☐ Frau

☐ Herr

Nachname:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

(Straße Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(PLZ Ort)

\_\_\_\_\_

(Land)

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

(Handy inkl. Ländervorwahl)

\_\_\_\_\_

(Festnetz inkl. Ländervorwahl)

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich

- nicht aus einem Hochrisikogebiet angereist bin (Hotspot – bzw. innerhalb der letzten 14 Tage in einem Hotspot war),
- keinen Kontakt zu einer Covid-19 infizierten Person innerhalb der letzten 14 Tage hatte und
- keine Symptome der Krankheit Covid-19 (insbesondere Fieber, Husten, Durchfall/Erbrechen und allgemeines Krankheitsgefühl) aufweise.

Diese Gesundheitsbestätigung wird 4 Wochen beim Team Oberpfalz e.V. aufbewahrt und liegt dort zur Einsichtnahme für das Gesundheitsamt bereit. Eine Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten wird ausgeschlossen, soweit eine gesetzliche Verpflichtung gegenüber Dritten nicht vorgesehen ist. Anschließend erfolgt die Vernichtung ihrer personenbezogenen Daten.

Datum: \_\_\_\_\_

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

---