

Bestätigung zur Vorlage bei der Teststelle

Covid-19 infizierte Personen zur Beendigung der Absonderung

kostenloser PCR-Test

Hiermit wird bestätigt, dass

(Nachname/n)

(Vorname/n)

_____._____.____.

geboren am (tt,mm,jjjj)

bei uns beschäftigt ist.

Arbeitgeber (Unterschrift & Stempel)

Ort

, den _____

Datum

