

Amt Burg (Spreewald)
Der Amtsdirektor
Hauptstraße 46
03096 Burg (Spreewald)

Erklärung

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Grund des Besuches _____

Besuch bei Mitarbeiter/Abteilung _____

Hiermit versichere ich, dass ich

- nicht krank bin, keine grippeähnlichen Symptome habe
- nicht unter Quarantäne stehe und
- nicht positiv auf das Coronavirus SARS-CoV-2 getestet worden bin

Datum/Besuchstag

Unterschrift