

# Verpflichtende Selbsterklärung

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben in Druckbuchstaben:

## Adresse

Name, Vorname:

Wohnanschrift (Straße und Hausnummer):

PLZ:

Wohnort:

Land:

Telefonnummer:

Firma:

Datum des Besuchs / der Teilnahme:

Hiermit versichere ich, dass ich von einem Besuch der Veranstaltung XY absehe, sofern ich typische Symptome des Coronavirus SARS-CoV-2, wie z. B. Husten, erhöhte Temperatur oder Fieber, Kurzatmigkeit, Atemprobleme, Verlust des Geruchs- / Geschmackssinns, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Schwäche oder Abgeschlagenheit aufweise.

Weiterhin bestätige ich, dass ich innerhalb der letzten 14 Tage vor dem Besuch der Veranstaltung

keinen direkten Kontakt zu Personen hatte, die nachweislich am Coronavirus SARS-CoV-2 erkrankt sind oder waren oder mich in den nach dem RKI definierten Risikogebieten aufgehalten habe. Aktuelle Informationen zu den Risikogebieten gemäß Robert Koch-Institut finden Sie hier: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete\\_neu.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort) (Datum) (Unterschrift)