

Katholisch Deutscher Frauenbund
Zweigverein _____
Eltern-Kind-Gruppe _____



Katholischer
Deutscher
Frauenbund

Bestätigung/Selbstauskunft

Veranstaltung (Titel): _____

Am: _____ in _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Hiermit versichere ich, dass ich zum Zeitpunkt der Teilnahme an der Veranstaltung nicht an COVID 19 erkrankt und frei von unspezifischen Krankheitszeichen (Fieber, trockener Husten, Atemprobleme, Verlust Geschmacks- / Geruchssinn, Hals-, Gliederschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall) bin. Ich hatte in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt zu einem nachweislich mit SARS-Cov-19 Infizierten.

Ich versichere, dass ich im Falle eines nachträglichen Bekanntwerdens einer Infektion (innerhalb von 14 Tagen) unverzüglich das Bildungswerk informiere.

_____, den _____ 2021
(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hinweis zum Datenschutz:

Ihre persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich auf Verlangen dem zuständigen Gesundheitsamt zur Nachverfolgung von Corona-Infektionsketten ausgehändigt.

Rechtsgrundlagen sind:

§9 Abs. 1 mit Abs. 3 und 5 KDG – Offenlegung gegenüber dem Gesundheitsamt

§6 Abs. 1 lit. d, e und f KDG – Erhebung und Speicherung der Daten der Teilnehmer*innen

Die Daten werden für die Dauer von 4 Wochen aufbewahrt. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist werden die Daten gemäß den Datenschutzrichtlinien vernichtet.

Katholisch Deutscher Frauenbund Zweigverein _____ Eltern-Kind-Gruppe _____

Kontaktdaten: _____