Institutions-Bezeichnung,   
 Ordination, Labor,   
 Ärztefunkdienst etc.

**Bestätigung der Ärztekammer für NÖ** Tel.:

**für Arbeitskräfte kritischer Infrastruktur** Fax:

**bzw. in der Daseinsvorsorge**

Adresse:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter

folgende dringliche Aufgabe wahrzunehmen hat und im Rahmen der bestehenden Beschränkungen zur Corona-Situation in Österreich als Schlüsselarbeitskraft unseres Unternehmens gilt.

Art der Aufgabe:

Ort der Aufgabenerfüllung:

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

*Diese Bestätigung wird bei Bedarf im Original Prüforganen vorgewiesen; Kopien werden zur Aushändigung mitgeführt.*