

Erklärung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich in den letzten 14 Tagen keine Symptome (Husten, Halsweh, Fieber/erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörungen, Durchfall, Gliederschmerzen, Atembeschwerden) gezeigt habe. In den vergangenen 14 Tagen wurde bei mir kein positiver Befund einer SARS-CoV-Infektion festgestellt. Ich hatte in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt zu einer Person die positiv auf eine SARS-CoV-Infektion getestet wurde und ich alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Name:.....

Vorname:.....

Tel. - Nr.:.....

Verein:.....

Berlin, den

Unterschrift

Ihre Daten werden ausschließlich auf Verlangen dem zuständigen Gesundheitsamt weitergegeben. Der Zehlendorfer TSV von 1888 wird die abgegebenen Daten nach dem Ablauf von 4 Wochen vernichten.

Bitte diesen Bogen bereits ausgefüllt und unterzeichnet mit zur Veranstaltung bringen!!