



## 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.

Berlin, den 28. August 2020

Name	Vorname	Verein	Unterschrift

Der SCC Berlin e.V. wird die abgegebenen Daten nach Ablauf der 4 Wochenfrist vernichten.