

**BESTÄTIGUNG
SCHLÜSSELARBEITSKRAFT**



Ordination _____

**Bestätigung des Arbeitgebers für Arbeitskräfte
kritischer Infrastruktur bzw. in der Gesundheitsversorgung**

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 unserer Ordination gilt.

Art der Aufgabe: _____

Ort der Aufgabenerfüllung: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

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