

Arbeitgeberbescheinigung für Personen mit erhöhter Priorität

gem. §4 Corona Impfverordnung zur Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2

Der Arbeitgeber _____ (Unternehmensname)

in (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) _____ (Arbeitsstätte)

bestätigt hiermit, dass folgende Person

Vorname, Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Wohnort / PLZ _____

in die angegebene Impfindikationsgruppe einzuordnen ist, um den relevanten Nachweis für die Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 zu erbringen.

Bitte zutreffendes ankreuzen

Personen die in folgenden Berufsgruppen tätig sind:	
Verfassungsorgane oder in besonders relevanter Position in den Verfassungsorganen, in den Regierungen und Verwaltungen,	
bei der Bundeswehr, bei der Polizei oder beim Zoll,	
bei der Feuerwehr und dem Katastrophenschutz einschließlich Technisches Hilfswerk,	
in der Justiz und Rechtspflege, in den Auslandsvertretungen der Bundesrepublik Deutschland oder Organisation der Entwicklungszusammenarbeit, Sitz in der Bundesrepublik Deutschland,	
Personen in den Auslandsvertretungen der Bundesrepublik Deutschland oder bei der Organisation der Entwicklungszusammenarbeit mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland.	

Personen, die in besonders relevanter Position in weiteren Einrichtungen und Unternehmen der Kritischen Infrastruktur tätig sind, insbesondere	
im Apothekenwesen und in der Pharmawirtschaft,	
im Bestattungswesen,	
in der Ernährungswirtschaft,	
in der Wasser- und Energieversorgung, in der Abwasserentsorgung und Abfallwirtschaft,	
im Transport- und Verkehrswesen,	
oder in der Informationstechnik und im Telekommunikationswesen.	

Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere in Laboren und Personal, das keine Patientinnen oder Patienten betreut.	
---	--

Personen, die im Lebensmitteleinzelhandel tätig sind.	
---	--

Personen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in Schulen, die nicht von §3 Absatz 1 Nummer 6a erfasst sind, tätig sind.	
--	--

Personen mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen.	
--	--



Stempel des/der Arbeitgebers/in

Ort / Datum

Unterschrift des/der Arbeitgeber/in