|  |
| --- |
| Landratsamt XXXXX  Gesundheitsamt XXX  Straße Nr  PLZ Ort |
|  |
|  |
|  |

**Erklärung des Arbeitgebers über die Unabkömmlichkeit**

**Gemäß RKI:** [Optionen zum Management](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Personal_Pflege.html?nn=13490888) von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel

**Daten zum/zur betroffenen Arbeitnehmer/in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname: |  | Vorname: |  |
| Telefon: |  | | |
| Straße: |  | | |
| PLZ: |  | Wohnort: |  |

**Daten zum erklärenden Arbeitgeber**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Branche des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin: | Gesundheitsversorgung und Pflege, Alten- und Behindertenhilfe | | |
| Name: | Name der Einrichtung | | |
| Telefon: |  | Mail: |  |
| Straße: |  |  |  |
| PLZ: |  | Ort: |  |

Die o. g. Person ist in unserem Unternehmen/ unserer Dienststelle als

***Pflegefachkraft (Funktion)***

beschäftigt.

Eine Anwesenheit im Betrieb ist aus folgendem Grund zwingend erforderlich:

Betriebsnotwendiges Personal, Absicherung der Bewohnerversorgung und –pflege, Patientenversorgung

Home-Office, Mobiles Arbeiten oder Sonderurlaub sind nicht möglich, um die dringenden Aufgaben zu erledigen.

27.10.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Datum und Stempel | Unterschrift Arbeitgeber |