

Name, Vorname
Straße u. Hausnummer
PLZ, Ort

Ort, Datum

An den
Landkreis Cloppenburg
53 – Gesundheitsamt
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Da meine Tochter / mein Sohn

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich aufnehmen wird, bin ich damit einverstanden, dass im Gesundheitsamt des Landkreises Cloppenburg die nach § 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorgeschriebene Belehrung durchgeführt wird.

Sie / Er ist berechtigt, die nach erfolgter Belehrung vorgeschriebene Unterschrift zu leisten (§ 113 BGB).

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
