

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

## 2-G Selbsterklärung in Zusammenhang mit COVID-19

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich entweder

- mit einem in der EU zugelassenen Covid-19-Impfstoff vollständig geimpft bin oder
- seit weniger als 6 Monaten genesen bin

Momentan ist **keine Lehrgangsteilnahme** mit bestätigtem Selbsttest, POC- oder PCR-Test möglich!

Ich erkläre, dass

- bei mir keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (z.B. Fieber, respiratorische Krankheitssymptome etc.) vorliegen und dass
- bei mir keine aktuelle Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachgewiesen ist.
- ich keiner Quarantänemaßnahme nach der BayIfSMV, der Einreise-/Quarantäneverordnung (EQV) oder aufgrund einer sonstigen behördlichen Anordnung unterliege.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Regeln und Hinweise zur Kenntnis genommen habe und einhalten werde.

Hinweis: Diese Selbsterklärung wird einen Monat nach der Veranstaltung/Besprechung/Fortbildung vernichtet.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift