

Name: _____ Vorname: _____

3-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 oder
- negativ getestet bin¹.

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

**Es ist ein schriftliches oder elektronisches negatives Testergebnis eines PCR-Tests, PoC-PCR-Tests oder eines Tests mittels weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik, der vor höchstens 48 Stunden durchgeführt wurde, eines POC-Antigentests, der vor höchstens 24 Stunden durchgeführt wurde, oder eines vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassenen, unter Aufsicht vorgenommenen Antigentests zur Eigenanwendung durch Laien (Selbsttests), der vor höchstens 24 Stunden durchgeführt wurde, nachzuweisen, das den Bestimmungen der COVID-19-SchutzmaßnahmenAusnahmenverordnung (SchAusnahmV) entspricht. Selbsttests ohne Aufsicht werden nicht anerkannt.*