

Bestätigung über die Impfberechtigung



STADT WUPPERTAL

Formular für die Mitarbeitenden der Berufsgruppen nach §2 und §3 der Corona-Impfverordnung (CoronaImpfV).

Hiermit bestätige ich, dass die nachfolgende Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

als: _____ tätig ist.

Sofern dies entsprechend des Berufsbildes* nötig ist, um Anspruch auf eine Corona Schutzimpfung zu erhalten.

Ich bin selbst mein Arbeitgeber und bestätige, dass ich zu der priorisierten Gruppe gehöre.

Datum, Unterschrift	Firmenstempel

*Eine Auflistung der Berufsgruppen finden Sie auf der Internetseite der Stadt-Wuppertal.