\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (persönliche Adresse)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Datum)

**Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, …………………………………………………………………………, an Eides statt, dass ich nicht an COVID 19 erkrankt bin und dass ich innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einer an COVID 19 erkrankten Person hatte.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Unterschrift)