

| | |
|---------------|-------|
| Name, Vorname | |
| Straße | |
| PLZ, Ort | Datum |

Landkreis Wittmund
Gesundheitsamt
Dohuser Weg 12b
26409 Wittmund

Einverständniserklärung

Da meine Tochter / Sohn

| | |
|---------------|------------|
| Name, Vorname | Geb. Datum |
|---------------|------------|

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

Sie / Er ist berechtigt, die nach erfolgter Belehrung vorgeschriebene Unterschrift zu leisten.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten