Praxisstempel

Arbeitgeberbescheinigung zur Vorlage bei
Antrag auf die Betreuung in der Notbetreuung

Hiermit bestätigen wir, dass Frau/Herr ………………………………………………………

wohnhaft in:

|  |  |
| --- | --- |
| Straße |  |
| Hausnummer |  |
| Ort |  |
| Postleitzahl |  |

bei uns angestellt ist und außerhalb der Wohnung eine präsenzpflichtige Tätigkeit in unserer Zahnarztpraxis wahrnehmen muss und als Mitarbeiter/Mitarbeiterin unabkömmlich ist.

Zahnarztpraxis:

|  |  |
| --- | --- |
| Straße |  |
| Hausnummer |  |
| Ort |  |
| Postleitzahl |  |

……………………………………..

Ort, Datum

……………………………………………………….

Unterschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin