

## Bestätigung des Arbeitgebers zur Vorlage

Name, Vorname des Beschäftigten:	
Anschrift des / der Beschäftigten:	

Arbeitgeber:	
Ansprechpartner beim Arbeitgeber:	
Anschrift Arbeitgeber:	
Kontaktdaten:	

Hiermit bestätige ich als Unterschriftsbefugte/r des folgenden Arbeitgebers, dass die / der oben genannte Beschäftigte:

eine unabkömmliche Tätigkeit in einem systemrelevanten Bereich ausübt (BSI-KritisV).

Gesundheit Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Sicherheit Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Lebensmittel-, Energie-, Wasserversorgung Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Öffentliche Verwaltung / Verkehr Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

einen außerhalb der Wohnung präsenzpflichtigen Arbeitsplatz hat und für uns als Arbeitgeber unabkömmlich ist.

Kurze Begründung zur Präsenzpflicht am Arbeitsplatz, ebenso Angaben zu Tagen und Uhrzeit/Umfang:

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt und einer Weiterverarbeitung der Daten im Rahmen der Notbetreuung eingewilligt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arbeitgebers