

Zum Schutz der ISFH-Mitarbeiter*innen bestätige ich folgende Punkte:¹⁾

1. Ich leide NICHT an einem akuten Infekt der Atemwege und habe keine grippalen Symptome wie Husten, Fieber, Kopf- und/oder Muskelschmerzen.
2. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass am ISFH in den „öffentlichen“ Bereichen wie den Gängen, den Küchen oder den Sanitärräumen medizinische oder FFP2-Masken getragen werden müssen.
3. Sollte ich in den nächsten 10 Tagen positiv auf eine COVID-19-Infektion getestet werden, informiere ich das ISFH (info.corona@isfh.de) umgehend.

Kontaktdaten: Vorname/Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Unterschrift

Betreten des ISFH (Datum / Uhrzeit):

Verlassen des ISFH (Datum / Uhrzeit):

1) Dieser Bestätigungsvermerk wird beim Datenschutzbeauftragten des ISFH für vier Wochen aufbewahrt und anschließend datenschutzkonform vernichtet.