Special Olympics Deutschland

# COVID 19 Pandemie

# Bestätigung Nachweis Geimpft / Genesen / Getestet (GGG)

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

(Vorname, Nachname in Druckbuchstaben)

### Vorgelegter Nachweis

* Impfnachweis, der die für den jeweiligen Impfstoff notwendige Anzahl an Impfungen belegt und aus dem hervorgeht, dass die letzte Impfung mind. 14 Tage zurückliegt
* Impfnachweise mit entsprechenden Information zur einmaligen Impfung für Genesene, die mindestens 14 Tage zurückliegt
* positives PCR Testergebnis, dass mindestens 28 Tage zurückliegt und nicht älter als 6 Monate ist
* negativer PCR-Tests, der nicht älter als 48 Stunden ist
* negativer Antigen-Schnelltest, der nicht älter als 24 Stunden ist

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

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

(Ort, Datum, Unterschrift)

Hiermit bestätige ich die Vorlage des o.g. Nachweises.

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

(Ort, Datum, Unterschrift)