

Modulprüfung: _____

Ort, Datum: _____

Telefonnummer: _____

ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich

(Name, Matrikelnummer),

dass ich nach eigenem Empfinden gesund bin und keine Symptome für einen Atemwegs- oder Covid-19-Infekt aufweise.

Sollte innerhalb von 14 Tagen nach dem Termin eine Erkrankung eintreten oder sollte ich positiv auf Covid-19 getestet werden, verpflichte ich mich, umgehend Rückmeldung an das zuständige Gesundheitsamt (Landau-Südliche Weinstraße unter Gesundheitsamt@suedliche-weinstrasse.de) sowie unter dem Link: <http://uni-ko-ld.de/coronameldung> zu geben.

(Unterschrift)