**Arbeitgeberbescheinigung (Berechtigungsschein)**

**Diese Bescheinigung ist ausgestellt als Ausnahmeregelung bei einer Ausgangsbeschränkung für:**

**Name: …………………………………………………………………..**

**geboren am: …………………………………………………………………..**

**wohnhaft: ……………………………………………………………………**

**Die vorgenannte Person ist beschäftigt bei der Praxis**

**Name: …………………………………………………………………..**

**Adresse: …………………………………………………………………..**

**Ort: ……………………………………………………………………**

Die Zahnarztpraxis gehört zu den medizinisch relevanten Arbeitgebern und leistet die zahnärztliche (Notfall-)Versorgung im Land Brandenburg.

Eine Tätigkeit im Home-Office oder mobiles Arbeiten sind nicht möglich. Daher besteht das dienstliche Erfordernis, den Arbeitsplatz zu erreichen.

*Diese Bescheinigung gilt in Verbindung mit dem Personalausweis.*

………………………………..……….

 ***[Ort und Datum]***

……………………………………. ………………………………….

***[Unterschrift Inhaber] [Praxisstempel]***