

Name, Vorname
Straße
Plz, Ort

Ort, Datum
------------

Landkreis Cloppenburg  
53 – Gesundheitsamt  
Eschstraße 29  
49661 Cloppenburg

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Da meine Tochter / mein Sohn

Name	Geb.Datum
------	-----------

eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich aufnehmen wird, bin ich damit einverstanden, dass im Gesundheitsamt des Landkreises Cloppenburg die nach § 43 Infektionsschutzgesetz vorgeschriebene Belehrung durchgeführt wird.

Sie / Er ist berechtigt, die nach erfolgter Belehrung vorgeschriebene Unterschrift zu leisten (§ 113 BGB).

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
---