

## Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten

**Art der Veranstaltung:** Einschulungsfeier

**Datum:** 19.8.2021

**Dauer des Aufenthalts:** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten auf Anfrage an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden dürfen. Ihre Daten werden spätestens acht Wochen nach Ihrem Aufenthalt von uns vernichtet.**

**Unterschrift Teilnehmer\*in 1:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Teilnehmer\*in 2:** \_\_\_\_\_

**Wir bedanken uns für Ihre Kooperation!**