**Anwesenheitsnachweis zur Kontaktverfolgung und Dokumentation bei Gesellschaftsjagden**

Die Kontaktdaten sind für die Dauer von drei Wochen nach der Jagd aufzubewahren und spätestens nach 4 Wochen zu vernichten.

* Bitte an den Jagdleiter ausgefüllt zurückgeben -

Gesellschaftsjagd \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname/Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (optional) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teilnahme an der Gesellschaftsjagd als (bitte ankreuzen)

 ⃝ als Schützin/Schütze

 ⃝ als Treiberin/Treiber

 ⃝ als Hundeführerin/Hundeführer

 ⃝ als Mitarbeiterin/Mitarbeiter Jagdbetrieb

Die Abgabe und Speicherung meiner Daten bei den zuständigen Gesundheitsbehörden genehmige ich nur zum Nachweis eventuell auftretender Infektionswege. Eine Abgabe an Dritte wird ausdrücklich nicht gestattet.

Ich verpflichte mich, die veröffentlichten und ausgehängten Desinfektionsmaßnahmen, Abstandsregeln und Bestimmungen über Mund-Nasebedeckung (Schutzmasken) einzuhalten.

Ich versichere, dass ich

* heute und in den letzten 48 Stunden frei von jeglichen Krankheitssymptomen bin und war,
* keinerlei Kontakt zu nachweislich an Covid-19 Erkrankten und Personen, die sich im Zuge dieser Erkrankung in Quarantäne befinden, hatte,
* mich im Zeitraum der letzten 14 Tage nicht in einem Risikogebiet (siehe Auswärtiges Amt/Robert-Koch-Institut) aufgehalten habe.

Die ausgehändigten Teilnahmebedingungen werden von mir akzeptiert.

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

Ort, Datum Unterschrift