

KONTAKTNACHVERFOLGUNG



SV Salamander
Kornwestheim

Verantwortlicher (mit Tel.)	
Stellvertretung (mit Tel.)	
Verein/Mannschaft	
Begegnung	

Datum -->	
Beginn -->	
Ende -->	

Hiermit bestätige ich, dass ich weder an COVID 19 erkrankt bin, noch die zugehörige Symptome aufzeige bzw. auch nicht innerhalb der letzten 14 Tage in Kontakt mit einer auf COVID 19 positiv getesteten Person hatte. Die Regeln zur Einhaltung des Mindestabstandes und Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen befolge ich.

	Name	Vorname	Adresse	Telefon	Unterschrift	anwesend
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Datenschutzrechtliche Hinweise: Diese Daten werden auf Anweisung der Gesundheitsbehörden erhoben und dienen allein der Nachverfolgung etwaiger Infektionsketten (Art. 6 Abs. 1 lit. C, f und Art. 9 Abs. 2 lit. I DGSVO iVm § 22 Abs. 1 lit. C BDSG). Sie werden allein zu diesem Zweck verarbeitet, sind vier Wochen aufzubewahren und danach zu löschen.