

## Arbeitgeberbescheinigung Berufstätigkeit in Bereichen der kritischen Infrastruktur

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers)

Es wird bestätigt, dass der/die oben Genannte im unten genannten Unternehmen bzw. der unten genannten Behörde oder Institution als

\_\_\_\_\_  
(Genauere Berufs-/Tätigkeitsbezeichnung)

beschäftigt ist.

Die Tätigkeit ist folgendem Bereich zuzuordnen (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

Gesundheitsversorgung oder Pflege

(Die Gesundheitsversorgung umfasst beispielsweise neben Krankenhäusern, (Zahn-) Arztpraxen, Apotheken und den Gesundheitsämtern auch die Kassenärztlichen Vereinigung und den Rettungsdienst einschließlich der Luftrettung. Erfasst sind nicht nur Ärzte und Pfleger, sondern alle Beschäftigten, die der Aufrechterhaltung des Betriebs dienen: Dazu zählt etwa auch das Reinigungspersonal und die Klinikküche. Die Pflege umfasst insbesondere die Altenpflege, aber auch die Behindertenhilfe, die Kindeswohlsichernde Kinder- und Jugendhilfe und das Frauenunterstützungssystem (Frauenhäuser, Fachberatungsstellen/Notrufe, Interventionsstellen).

Sonstiger Bereich der kritischen Infrastruktur

(Zu den sonstigen Bereichen der kritischen Infrastruktur zählen insbesondere alle Einrichtungen, die der sonstigen Kinder- und Jugendhilfe, der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einschließlich der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (Feuerwehr und Katastrophenschutz), der Sicherstellung der öffentlichen Infrastrukturen (Telekommunikationsdienste, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung), der Lebensmittelversorgung (von der Produktion bis zum Verkauf), des Personen- und Güterverkehrs (z. B. Fernverkehr, Piloten und Fluglotsen), der Medien (insbesondere Nachrichten- und Informationswesen sowie Risiko- und Krisenkommunikation) und der Handlungsfähigkeit zentraler Stellen von Staat, Justiz und Verwaltung dienen)

Der/die oben genannte Arbeitnehmer/in ist für die Aufrechterhaltung des Betriebes unabhkömmlich. Eine Befreiung von der Arbeitspflicht ist aufgrund dienstlicher oder betrieblicher Notwendigkeiten nicht möglich. Der/die Arbeitnehmer/in ist an folgenden Wochentagen zu den angegebenen Zeiten im Dienst:

Montag: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr Dienstag: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Mittwoch: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Donnerstag: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr Freitag: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers:

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers