



DMSB



Westen-Nr.

Coronavirus – COVID-19 – Selbstauskunft/ Self-disclosure

für Pressevertreter/ Press representatives

Aufgrund der aktuellen dynamischen Lage rund um das Ausbruchsgeschehen des neuartigen Coronavirus (COVID-19) muss nachfolgende Selbstauskunft erfolgen. Sie sind verpflichtet – vor Betreten des Veranstaltungsgeländes – dem Veranstalter – Rallye-Renn- & Wassersport-Club Lausitz e.V. im ADMV- folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten: *Due to the current dynamic situation around the outbreak of the novel coronavirus (COVID-19), the following self-assessment must be made. They are obliged – before entering the event site – the organizer – Rallye- Renn- & Wassersport-Club Lausitz e.V. im ADMV – answer the following questions truthfully:*

Persönliche Daten/Personal data:

Vorname und Name/

First name and surname

Telefonnummer/

Phone number

E-Mail-Adresse/

E-mail address

Personalausweis- oder Reisepass-Nr./

Identity card- or passport no.

Covid 19 geimpft/ Covid 19 vaccinated

Covid 19 genesen/ Covid 19 recovered – ist gültig bis/ is valid until: _____

Covid 19 getestet/ Covid 19 tested – Datum/ Date: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich/ I hereby certify that I:

- frei von Symptomen - wie zum Beispiel: Fieber, Husten, Schnupfen sowie Kratzen im Hals bin,/ *free of symptoms - such as fever, cough, runny nose and scratchy throat'm,*
- mir die umzusetzenden Hygieneregeln und der Mindestabstand 1,5m bekannt sind und ich diese berücksichtige,/ *I know the hygiene rules to be implemented and the minimum distance of 1.5m and I take them into account,*
- ich während der Veranstaltung meinen Mund-Nasen-Schutz in den entsprechend vom Veranstalter ausgewiesenen Bereichen trage,/ *I wear my mouth and nose protection during the event in the areas designated by the organizer,*
- ich bin damit einverstanden, dass die Daten dem Gesundheitsamt, im Rahmen einer Infektionskettennachverfolgung weitergegeben werden. Es erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte. *I consent to the data being passed on to the health department as part of an infection chain follow-up. My data will not be passed on to third parties.*

Dieses Formular ist ausgefüllt bei Zulassung der Akkreditierung persönlich im Pressezentrum abzugeben./ This form must be filled out and handed in personally to the press center upon approval of the accreditation.

Datum/ date

Unterschrift/ signature