|  |
| --- |
|  |

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover,
hier die Adresse des Instituts einfügen

**Institutsleitung**

Tel. +49 511 762 xxxxx

Fax +49 511 762 xxxxx

E-Mail: xxxxxxxxxxxx

Datum: xx.xx.xxxx

Unsere Zeichen:

Ihr Zeichen:

Ihre E-Mail vom:

**Arbeitgeberbescheinigung als Nachweis des Anspruchs auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2**

**Impfung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum/-r Arbeitgeber/ -in:** |  |
| Name des Arbeitgebers: | Leibniz Universität Hannover |
| vertreten durch: | Prof. Dr. Volker Epping, Präsident |
| Straße, Hausnr.: | Welfengarten 1 |
| PLZ, Ort: | 30167 Hannover |

Hiermit wird bestätigt, dass

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum/-r Arbeitnehmer/ -in:** |  |
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Straße, Hausnr.: | Hier die Privatdresse einfügen |
| PLZ, Ort: | Hier die Privatdresse einfügen |

als Beschäftige/-r nach *§ 4 Abs. 1 Nr. 8 Coronavirus-Impfverordnung* (*(CoronaImpfV in der Fassung des Artikels 1 Erste Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung V. v. 29. April 2021 BAnz AT 30.04.2021, betreffend Hochschulen: Artikel 1 Nr. 3b*) zu den Personen gehört, die nach der Coronavirus-Impfverordnung mit erhöhter Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben, weil sie/er in an Hochschulen tätig ist.

|  |  |
| --- | --- |
| xx.xx.xxxx, Hannover | xx.xx.xxxx, Hannover |
| Unterschrift und Stempel des/-r Arbeitgebers/-in | Unterschrift des/-r Arbeitnehmers/-in |