Ärztliches Attest (Beispiel)
**für besonders gefährdete Personen gemäss Art. 27a COVID-19 Verordnung 3 (818.101.24)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztin / Arzt**  | **Arbeitgeber**  |
| Besonders gefährdete Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) |
|   |
| Bestätigung |
| Ich bestätige mit dem hier vorliegenden Attest, dass obgenannte Person grundsätzlich arbeitsfähig ist, aber gemäss Artikel 27a Absatz 10 Covid-19-Verordnung 3 zu den besonders gefährdeten Personen gehört.[ ]  Ich bestätige zusätzlich, dass die oben genannte Person besondere Gründe gemäss Abs. 6 vorweisen kann. |
| Bemerkungen |
|   |
| Der Arbeitgeber ist verpflichtet, besonders gefährdete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gemäss Art. 27a COVID‑19 Verordnung 3 zu schützen. |
| Ort und Datum | Unterschrift und Stempel Ärztin / Arzt |