



Tro- og loveerklæring

Fravær som følge af at medarbejderen er eller formodes at være smittet af COVID-19

Undertegnede

Navn

Adresse

bekræfter hermed, at jeg

- er fraværende fra min arbejdsplads på grund af sygdom, idet jeg formodes at være smittet med COVID-19, jf. Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme.

Fraværet forventes at vare _____ dage.

- har været fraværende fra min arbejdsplads på grund af sygdom, idet jeg var smittet/formodet smittet med COVID-19, jf. Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme.

Fraværet varede fra den _____ 2020 til den _____ 2020.

Den _____ 2020

Navn på medarbejder

Kvittering for modtagelse:

Den _____ 2020

For Virksomheden
