



TEILNAHMELISTE HANDBALL-SPIELBETRIEB

Spielort:

Spielpaarung:

Datum:

Zeitraum:

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefonnr.:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ausdrücklich, dass ich keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (sog. Corona-Virus) (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Durchfall, Gliederschmerzen, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns) aufweise. Ich bestätige ferner die Regeln des Hygienekonzepts gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.

Datum, Ort Unterschrift

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Diese Daten werden auf Anweisung der Gesundheitsbehörden erhoben und dienen allein der Nachverfolgung etwaiger Infektionsketten (Art. 6 Abs. 1 lit. c, f und Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO iVm § 22 Abs. 1 lit. c BDSG). Sie werden allein zu diesem Zweck verarbeitet, sind vier Wochen aufzubewahren und danach zu löschen.