

## Bestätigung des Arbeitgebers

über die fehlende Untersuchungsmöglichkeit durch eine geeignete Stelle wegen der Auswirkungen von Covid-19

Hiermit bestätige ich, dass unser/e Arbeitnehmer/in, hier beschäftigt als Kraftfahrer/in im Güterkraftverkehr/**in der Personenbeförderung**

Name .....

Vorname .....

Geburtstag .....

Führerschein Nr.: .....

Erstmals ausgestellt am:

Ablaufdatum:

- vergeblich versucht hat, eine ärztliche Bescheinigung zur Verlängerung seiner/ihrer Fahrerlaubnis Klassen C, CE / **D, DE** gemäß der Fahrerlaubnisverordnung, Anlage 5 und 6 zu erlangen.

Grund: Schließung und/oder Überlastung der geeigneten Untersuchungsstellen wegen der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in Europa.

Hinweise für eine Vorerkrankung bzw. sonstige Eignungsbedenken ergeben sich nach unseren Erkenntnissen nicht.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift