

Bestätigung des Arbeitgebers

über die fehlende Untersuchungsmöglichkeit durch eine geeignete Stelle /
Weiterbildungsmöglichkeit 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: TT, MM, JJJJ

Ablaufdatum: TT, MM, JJJJ

- 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.

- vergeblich versucht hat, eine vollständige Weiterbildung nach dem
Berufskraftfahrerqualifizierungsgesetz zu absolvieren.

Bisher hat er/sie Module abgeschlossen.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift