Bestätigung der Berufshaftpflichtversicherung

Arbeitnehmer / Arbeitnehmerin

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Arbeitgeber

Name Institution _____

Berufshaftpflichtversicherung

Die Institution verfügt über eine Berufshaftpflichtversicherung, welche den hier genannten Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin mit einschliesst. ☐ Ja ☐ Nein

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin _____