



**DMSB**



Start-Nr.

## Coronavirus – COVID-19 – Selbstauskunft/ *Self-disclosure*

**für Fahrer, Beifahrer, Bewerber und Servicepersonal/ *for drivers, co-drivers, applicants and service personnel***

Aufgrund der aktuellen dynamischen Lage rund um das Ausbruchsgeschehen des neuartigen Coronavirus (COVID-19) muss nachfolgende Selbstauskunft erfolgen. Sie sind verpflichtet – vor Betreten des Veranstaltungsgeländes – dem Veranstalter – Rallye-Renn- & Wassersport-Club Lausitz e.V. im ADMV- folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten: *Due to the current dynamic situation around the outbreak of the novel coronavirus (COVID-19), the following self-assessment must be made. They are obliged – before entering the event site – the organizer – Rallye- Renn- & Wassersport-Club Lausitz e.V. im ADMV – answer the following questions truthfully:*

### **Persönliche Daten/ *Personal data:***

Vorname und Name/

*First name and surname*

Telefonnummer/

*Phone number*

E-Mail-Adresse/

*E-mail address*

Persönliche Lizenznummer/

*Personal license number*

Name Bewerber/Team/

*Name of applicant / team*

Bewerberlizenznummer

*Applicant license number*

Covid 19 geimpft/ *Covid 19 vaccinated*

Covid 19 genesen/ *Covid 19 recovered* – ist gültig bis/ *is valid until:* \_\_\_\_\_

Covid 19 getestet/ *Covid 19 tested* – Datum/ *Date:* \_\_\_\_\_

### **Hiermit bestätige ich, dass ich/ *I hereby certify that I:***

- frei von Symptomen - wie zum Beispiel: Fieber, Husten, Schnupfen sowie Kratzen im Hals bin,/ *free of symptoms - such as fever, cough, runny nose and scratchy throat'm,*
- mir die umzusetzenden Hygieneregeln und der Mindestabstand 1,5m bekannt sind und ich diese berücksichtige,/ *I know the hygiene rules to be implemented and the minimum distance of 1.5m and I take them into account,*
- ich während der Veranstaltung meinen Mund-Nasen-Schutz in den entsprechend vom Veranstalter ausgewiesenen Bereichen trage,/ *I wear my mouth and nose protection during the event in the areas designated by the organizer,*
- ich bin damit einverstanden, dass die Daten dem Gesundheitsamt, im Rahmen einer Infektionskettennachverfolgung weitergegeben werden. Es erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte. *I consent to the data being passed on to the health department as part of an infection chain follow-up. My data will not be passed on to third parties.*

**Dieses Formular ist ausgefüllt am Serviceplatz-Point abzugeben. *This form must be filled out and handed in at the Service area point.***

Datum/ *date*

Unterschrift/ *signature*