

**Erlaubnisinhaber** (Privatanschrift)  
Name/ Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Tel./E-Mail

Geburtsdatum/Geburtsort

Regierungspräsidium Tübingen  
Referat 25  
Konrad-Adenauer-Str. 20  
72072 Tübingen

### **Bestätigung**

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_, dass Frau/ Herr \_\_\_\_\_, unter meiner Anleitung und Aufsicht, im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, Arbeiten mit Krankheitserregern der Risikogruppe \_\_\_\_ in Vollzeit durchgeführt hat.

Institut/Firma (Straße, PLZ, Ort):

---

---

Es wurden mit folgenden Erregern der Risikogruppe \_\_\_\_ gearbeitet:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Im oben genannten Zeitraum war ich selbst im Besitz einer Erlaubnis zum Arbeiten mit Krankheitserregern gemäß § 44 IfSG der Risikogruppe \_\_\_\_

Die Erlaubnis wurde ausgestellt am \_\_\_\_\_ im Bundesland/Ort \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

---

Anhang  
Kopie der Erlaubnis