# RO_VWS_DUSI_Logo_2_RGB_pos_nl.pngVerklaring zorgaanbieder

## Gegevens aanvrager (zorgmedewerker)

Voorletter(s) :

Achternaam :

Geboortedatum :

Voor de aanvraag van de eenmalige financiële ondersteuning via de regeling Zorgmedewerkers met langdurige post-COVID klachten, verklaar ik als leidinggevende of tekenbevoegde van de zorgaanbieder het volgende:

* Ik verklaar dat de bovengenoemde zorgmedewerker tijdens de eerste golf (maart 2020 tot en met juni 2020) werkzaam was voor of werkzaamheden heeft verricht bij de ondergenoemde zorgaanbieder.
* Ik verklaar dat de bovengenoemde zorgmedewerker tijdens de eerste golf (maart 2020 tot en met juni 2020) veelvuldig en intensief zorg heeft verleend aan patiënten met COVID-19 of nauw betrokken was bij deze zorgverlening.
* Ik geef toestemming dat DUS-I contact met mij kan opnemen om de juistheid van deze verklaring bij de ondergenoemde zorgaanbieder te verifiëren.
* Ik geef toestemming door het afgeven van deze verklaring dat mijn ondergenoemde persoonsgegevens worden verwerkt om tot een beoordeling te komen voor de aanvraag binnen de regeling.

## Gegevens zorgaanbieder

Naam zorgaanbieder :

Adres :

Postcode en plaats :

Telefoonnummer :

## Gegevens leidinggevende

Voorletter(s) :

Achternaam :

E-mailadres :

Telefoonnummer :

## Ondertekening

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat alle gegevens en bovenstaande verklaring volledig en naar waarheid zijn ingevuld.

Handtekening leidinggevende
of tekenbevoegde :

Datum en plaats :