Vereinbarung

zwischen

[Name], [Adresse] (nachfolgend **Arbeitgeber**)

und

[Name], [Adresse] (nachfolgend **Arbeitnehmer**)

betreffend dem vorübergehende Arbeitseinsatz des/der Arbeitnehmers/-in in einer anderen Firma (Einsatzbetrieb) zwecks Ausgleich von Kapazitätsengpässen beim Einsatzbetrieb infolge des Corona-Virus (Covid-19).

Für den Arbeitseinsatz gelten die folgenden Regelungen:

1. **Anstellung, Lohn, Sozialleistungen**

Der/Die Arbeitnehmer/-in bleibt beim Arbeitgeber angestellt; dieser entrichtet weiterhin den Lohn und die Sozialversicherungsabzüge.

1. **Einsatz**

Der Einsatz erfolgt in der Apotheke/Drogerie [Name, Adresse] (Einsatzbetrieb) in der Funktion als Apotheker/-in, dipl. Drogist/-in, Pharmaassistent/-in EFZ, Drogist/-in EFZ.

Die Arbeits- und Einsatzzeit richtet sich nach dem Einsatzplan des Einsatzbetriebs und wird der/dem Arbeitnehmer/-in jeweils [▪] Tage im Voraus mitgeteilt.

Der Einsatz ist befristet und dauert vom [▪] bis [▪] (vorbehältlich einer vorgängigen Kündigung der Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und dem Einsatzbetrieb). Eine Verlängerung des Einsatzes ist möglich und bedingt die schriftliche Zustimmung des/der Arbeitnehmers/-in.

1. **Weisungsbefugnis und Arbeitssicherheit**

Der Einsatzbetrieb besitzt gegenüber der/dem Arbeitnehmer/-in das alleinige Weisungs- und Kontrollrecht bezüglich der Ausführung der Arbeit. Er beachtet dabei insbesondere die Weisungen und gesetzlichen Bestimmungen über die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz und verfügt entsprechende Massnahmen.

Der/Die Arbeitnehmer/-in ist verpflichtet entsprechenden Anweisungen Folge zu leisten.

1. **Voraussetzungen für den Einsatz**

Mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt der/die Arbeitnehmer/-in, dass …

* er/sie den Arbeitseinsatz leisten will und mit den Bedingungen dieser Vereinbarung einverstanden ist;
* er/sie nicht zum Kreis der besonders gefährdeten Personen im Falle einer Infektion mit dem neuen Corona-Virus gehört (d.h. nicht älter als 64-jährig und/oder keine der folgenden bestehenden Vorerkrankung: Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen, Krebs);
* zum Zeitpunkt der Unterzeichnung kein positiver Test und/oder eine ärztliche Diagnose einer Infektion mit dem neuen Corona-Virus vorliegt oder Krankheitssymptome vorhanden sind, die auf eine entsprechende Infektion hinweisen könnten (insb. Fieber, Atembeschwerden, Husten);
* in den letzten 14 Tagen vor dem Zeitpunkt der Unterzeichnung kein wissentlicher Kontakt mit Personen stattgefunden hat, die positiv auf das neue Corona-Virus getestet worden sind und/oder bei welchen eine ärztliche Diagnose einer entsprechenden Infektion vorliegt;
* er/sie keine, über die für die ganze Bevölkerung geltenden Anweisungen und Empfehlungen der Behörden hinausgehenden, Massnahmen (z.B. Quarantäne, etc.) im Zusammenhang mit dem neuen Corona-Virus einhalten muss.

Ort, Datum: ……………………………………………………………

Arbeitgeber Arbeitnehmer/-in

………………………………………………. ………………………………………………
Name, Vorname Name, Vorname