|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DICHIARAZIONE UNILATERALE NELLA FORMA DELL’AUTOCERTIFICAZIONE  Accademia Britannica Toscana - Centro Cambridge – IT290  Over 18 | | |
| **KEY □ PET □ First □ Advanced □** | | **Data dell’esame:** |
| In ottemperanza alla disposizione delle autorità ai fini del contenimento della diffusione di COVID-19, è vietato l’ingresso a chiunque presenti febbre o sintomi riconducibili alla malattia o abbia avuto contatto con casi di COVID-19 sospetti o accertati negli ultimi 14 giorni.  Con la presente, io, candidato, sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dopo aver preso visione e compreso l’informativa sopra riportata  Attesto   * di non avere febbre o alcuni altro sintomi riconducibile a COVID-19 e * di non aver avuto contatto con casi COVID-19 sospetti o accertati negli ultimi 14 giorni e * Confermo di non aver viaggiato verso /da alcun paese che abbia in essere delle restrizioni ai viaggi o stato di quarantena negli ultimi 14 giorni.   Sono stato/a informato/a che il mio esame debba essere riprenotato se rifiuto di firmare la dichiarazione qui sopra.  ***I candidate che non vogliano seguire le prescrizioni relative al distanziamento sociale e di sicurezza o ogni candidato che presenti i sintomi COVID-19 il giorno dell’esame, non sarà ammesso all’esame.*** | | |
| Numero di Telefono: | Email: | |
| Data | Firma | |

***I dati saranno gestiti nel rispetto della privacy (EU 2016/DLGS 196/2003)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DICHIARAZIONE UNILATERALE NELLA FORMA DELL’AUTOCERTIFICAZIONE  Accademia Britannica Toscana - Centro Cambridge – IT290  Over 18 | | |
| **KEY □ PET □ First □ Advanced □** | | **Data dell’esame:** |
| In ottemperanza alla disposizione delle autorità ai fini del contenimento della diffusione di COVID-19, è vietato l’ingresso a chiunque presenti febbre o sintomi riconducibili alla malattia o abbia avuto contatto con casi di COVID-19 sospetti o accertati negli ultimi 14 giorni.  Con la presente, io, candidato, sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dopo aver preso visione e compreso l’informativa sopra riportata  Attesto   * di non avere febbre o alcuni altro sintomi riconducibile a COVID-19 e * di non aver avuto contatto con casi COVID-19 sospetti o accertati negli ultimi 14 giorni e * Confermo di non aver viaggiato verso /da alcun paese che abbia in essere delle restrizioni ai viaggi o stato di quarantena negli ultimi 14 giorni.   Sono stato/a informato/a che il mio esame debba essere riprenotato se rifiuto di firmare la dichiarazione qui sopra.  ***I candidate che non vogliano seguire le prescrizioni relative al distanziamento sociale e di sicurezza o ogni candidato che presenti i sintomi COVID-19 il giorno dell’esame, non sarà ammesso all’esame.*** | | |
| Numero di Telefono: | Email: | |
| Data | Firma | |

*I dati saranno gestiti nel rispetto della privacy (EU 2016/DLGS 196/2003)*