|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE UNILATERALE NELLA FORMA DELL’AUTOCERTIFICAZIONEAccademia Britannica Toscana - Centro Cambridge – IT290Over 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 riportataAttesto* 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 dichiarazionequi 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’AUTOCERTIFICAZIONEAccademia Britannica Toscana - Centro Cambridge – IT290Over 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 riportataAttesto* 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 dichiarazionequi 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)*