|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE UNILATERALE NELLA FORMA DELL’AUTOCERTIFICAZIONEAccademia Britannica Toscana - Centro Cambridge – IT290**Under 18 - minorenne** |
| **KEY □ Preliminary □ First □ Advanced □ Proficiency □** | **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 sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore/tutore del candidato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Dopo aver preso visione e compreso l’informativa sopra riportataAttesto che il candidato/a sopra nominato/a* non ha febbre o alcun altro sintomo riconducibile a COVID-19
* non ha avuto contatti con casi COVID-19 sospetti o accertati negli ultimi 14 giorni
* non ha 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 suo esame dovrà essere riprogrammato se rifiuto di firmare la dichiarazionequi sopra.***I candidati che non vogliano seguire le prescrizioni relative al distanziamento sociale e di sicurezza o che presentino i sintomi del COVID-19 non saranno ammessi il giorno dell’esame.******Autorizzo mio figlio/a ad uscire da solo/a durante le pause tra le prove e alla fine dell’esame* SI** □ **NO □** |
| 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 – IT290**Under 18 - minorenne** |
| **KEY □ Preliminary □ First □ Advanced □ Proficiency □** | **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 sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore/tutore del candidato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Dopo aver preso visione e compreso l’informativa sopra riportataAttesto che il candidato/a sopra nominato/a* non ha febbre o alcun altro sintomo riconducibile a COVID-19
* non ha avuto contatti con casi COVID-19 sospetti o accertati negli ultimi 14 giorni
* non ha 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 suo esame dovrà essere riprogrammato se rifiuto di firmare la dichiarazionequi sopra.***I candidati che non vogliano seguire le prescrizioni relative al distanziamento sociale e di sicurezza o che presentino i sintomi del COVID-19 non saranno ammessi il giorno dell’esame.******Autorizzo mio figlio/a ad uscire da solo/a durante le pause tra le prove e alla fine dell’esame* SI** □ **NO □** |
| Numero di Telefono: | Email: |
| Data  | Firma |