

## Modulo Dichiarazione COVID-19

<b>Dati relativi al centro</b> Numero di centro, nome ed indirizzo : IT363, BUSTO ARSIZIO CENTRO LINGUE S.S, VIALE DUCA D'AOSTA 19			
<b>Dati relative al candidato:</b> Nome e Cognome:  Data di nascita (GG/MM/AA):			
<b>Dati relative all'esame:</b> Quale esame stai sostenendo: ?  Data d'esame:			
<b>Paper-based</b>		<b>Computer-based</b>	
<b>Dichiarazione</b> Io candidato /lo tutore del candidato (cancellare la voce che non interessa). Le dichiarazioni sottostanti si riferiscono al candidato d'esame: <ul style="list-style-type: none"><li>• Confermo di non avere sintomi associate al COVID-19.</li><li>• Confermo di non avere evidenza di essere venuto a contatto con nessuno che presenti i sintomi associati al COVID-19 negli ultimi 14 giorni .</li><li>• 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.</li></ul> Sono stato informato che il mio esame debba essere riprenotato se rifiuto di firmare la dichiarazione qui sopra.			
<b>Data</b>			
<b>Firma</b>			

**I candidate che non vogliono 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.**