|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DICHIARAZIONE UNILATERALE NELLA FORMA DELL’AUTOCERTIFICAZIONE  Accademia 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 riportata  Attesto 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 dichiarazione qui 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’AUTOCERTIFICAZIONE  Accademia 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 riportata  Attesto 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 dichiarazione qui 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 | |