

**COVID-19 Formato de declaración**

**Favor de *llenar e imprimir* este formulario y presentarlo el día del examen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información del centro de preparación** | | | |
| **Tu información** Nombre completo del candidato:  Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): | | | |
| **Información del examen**  ¿Qué examen(es) estás presentando?  **Día del examen:** | | | |
| **Paper-based** |  | **Computer-based** |  |
| Declaración  Soy Candidato o Padre/Tutor del candidato (subraye lo que corresponda).   * Confirmo que el sustentante se presenta a la sesión del examen señalado por voluntad propia   SI NO   * Confirmo que no tengo síntomas asociados con COVID-19 (tos persistente / gripe / fiebre /  falta de aliento).   SI NO   * Confirmo que no he estado en contacto, a sabiendas, con ninguna persona con síntomas asociados a  COVID-19 (tos persistente / gripe / fiebre / falta de aliento) durante los últimos 14 días.    SI NO * Confirmo que no he viajado desde ningún país con restricciones de viaje/autoaislamiento en los  últimos 14 días.     SI NO  Confirmo que se me ha informado sobre las medidas preventivas que se implementarán en la sede de aplicación para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) y entiendo que no se me permitirá realizar el examen si no puedo confirmar ninguna de las declaraciones anteriores. | | | |
| **Firma Fecha** | | | |

**No se le permitirá la entrada al examen a ningún candidato que no esté dispuesto a acatar las medidas de distanciamiento social y de seguridad, ni al que presente síntomas el día del examen en cuyo caso se reprogramará el examen mencionado.**