

**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** |  |
| DeclaraciónSoy 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.**