



Modulo Autodichiarazione di stato di salute - COVID-19

Dati relativi al centro Numero di centro, nome ed indirizzo:			
Dati relative al candidato: Nome e Cognome: Data di nascita (GG/MM/AA):			
Dati relative all'esame: Quale esame stai sostenendo: Data d'esame:			
Paper-based		Computer-based	
Dichiarazione Io candidato /lo tutore del candidato (cancellare la voce che non interessa). <ul style="list-style-type: none">• Confermo di non avere sintomi associati al COVID-19.• Confermo di non avere evidenza di essere venuto a contatto con nessuno che presenti i sintomi associati al COVID-19 negli ultimi 14 giorni.• 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. Negli ultimi 14 giorni: <ul style="list-style-type: none">• Ha avuto contatti con persone provenienti da altre Regioni? SI – NO• È entrato in contatto con un paziente sospetto da Coronavirus? SI – NO• È stato in stretto contatto con persone che hanno avuto febbre o problemi respiratori? SI – NO• Ha avuto febbre, tosse, mal di gola, difficoltà a respirare, alterazione del gusto, vomito o diarrea? SI – NO• Ha attualmente problemi come tosse o difficoltà respiratoria? SI – NO Sono stato informato che il mio esame debba essere prenotato nuovamente se rifiuto di firmare la dichiarazione qui sopra.			
Data			
Firma			

I candidati 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.