**MODULODIAUTOCERTIFICAZIONE**

Il/lasottoscritto/a

nato/a a

() il

*cod. fisc.*

Documentodi riconoscimento n. tel.

***(incasodiCandidatominorenne)***

nellaqualità di (*specificare se genitore o tutore legale*)del Candidato

()

nato/a

il *cod.fisc.* n. tel.

*(****N.B.in casodicandidatominorenneallegaredocumentodiidentitàin corsodivaliditàdeldichiarante edel candidato****)*

conriferimentoallaSessionediesami *(inserirelivello,es.C1CAE,B2FCE,B1PET,*

*A2KET, etc.)* che si svolgerà in data presso la struttura

(Catania),sottolapropriaresponsabilità

**DICHIARA**

* dinonesserepositivoalCOVID-19;
* dinonaccusaresintomisimil-influenzali dioriginenonaccertata;
* dinonprovenireovveroaveresoggiornatonegliultimiquattordicigiorniinzonasoggettaaparticolarirestrizionisanitarieinragionedell’emergenzaCOVID-19(c.d.*zonerosse*);
* dinonavereevidenzadiesserevenutoincontatto,negliultimi14giorni,consoggettipositivialCovid-19 nécon soggetti chepresentino i sintomi associati alCOVID-19;

**DICHIARAALTRESÌ**

* diavereintenzionedipartecipareallasopraindicatasessioned’esame;
* di aver preso visione e di prestare adesione alle *Disposizioni temporanee per la prevenzionedel contagio da COVID-19*, predisposte dal Centro Cambridge Catania al fine di contenere ilrischiodi contagio daCOVID-19;
* diessereconsapevolechelamancataconsegnaalCentrodelpresente*Modulodiautocertificazione*,debitamentecompilatoesottoscritto,comporteràl’esclusionedallasessioned’esami ela decadenzadallarelativaiscrizione.

Luogoedata ,

Il/LaDichiarante

⁕⁕⁕⁕⁕⁕

Il/la sottoscritto/a, come sopra identificato/a, dichiara altresì di essere stato informato ai sensi del Regolamento UE n.679/2016edelD.lgs.n.196/2003ediprestareilproprioconsensoaltrattamentodeidatipersonaliesclusivamenteperlafinalitàsopraesposta.Dichiarainoltrediessereconsapevoleche,perlamedesimafinalità,idatipersonalipotrannoesserecondivisie/ocedutia terzi, edautorizza tale formaditrattamento.

Luogoe data ,

Il/LaDichiarante