



COVID-19 Declaration Form

This form should not be considered as a health certificate.

Questo modulo non è un certificato medico.

This form is to be completed by candidates before the exam to allow them to take Cambridge Assessment English exams.

Questo modulo deve essere compilato dai candidati prima che sostengano un esame Cambridge Assessment English.

Centre details / **Dettagli del Centro:**

Centre number, name and address / **Numero del Centro, nome e indirizzo:**

IT848

SIENA ITALTECH

VIA PISPINI 1

53100 SIENA

Your details / **Informazioni personali:**

Full name / **Nome completo:**

Date of birth (DD/MM/YY) / **Data di nascita (GG/MM/AA):**

Exam details / **Dettagli dell'esame:**

Which exam are you taking? / **A quale esame ti sei iscritto?**

Date of exam / **Data dell'esame:**

Paper-based

✓

Computer-based

Declaration

I am the candidate / I am the guardian of the candidate (please delete as appropriate).

Sono il candidato / sono il tutore legale del candidato (cancellare l'opzione scorretta).

The statements below are regarding the candidate:

Il candidato dichiara sotto la propria responsabilità:

- I confirm that I do not have symptoms associated with COVID-19 (persistent cough / flu / fever / shortness of breath).
Confermo di non avere sintomi riconducibili al COVID-19 (tosse/ influenza/ febbre/ dispnea).
- I confirm I have not knowingly been in contact with any people with symptoms associated with COVID-19 (persistent cough / flu / fever / shortness of breath) for the past 14 days.
Confermo di non essere venuto consapevolmente a contatto con persone che hanno manifestato sintomi riconducibili al COVID-19 (tosse/ influenza/ febbre/ dispnea) nelle ultime

due settimane.

- I confirm I have not travelled from any countries with travel/self-isolation restrictions in the past 14 days.

Confermo di non essere stato in nessuno dei paesi soggetti a restrizioni per il COVID-19 nelle ultime due settimane.

I understand that my exam may be rebooked if I cannot confirm any of the statements above.

Sono consapevole del fatto che il mio esame potrà essere posticipato se non sono in grado di confermare quanto indicato sopra.

Signature / Firma

Date / Data