



COVID-19 Formato de declaración

Presentar este formulario el día del examen.

Nombre completo:	
-------------------------	--

Tipo de examen:	<input type="checkbox"/> Acreditación	<input type="checkbox"/> Ubicación	<input type="checkbox"/> Comprensión de Textos
	<input type="checkbox"/> TKT	<input type="checkbox"/> TOEFL ITP/IBT	Otro: _____

Fecha:	
---------------	--

Todo candidato deberá estar dispuesto a acatar las medidas de distanciamiento social y de seguridad.

Si se presenta alguno de estos síntomas el día del examen se reprogramará el examen.

- Confirmando presentarme a la sesión del examen por mi propia voluntad
SI NO
- Confirmando no tener síntomas asociados con COVID-19 (tos persistente / gripe / fiebre / falta de aliento).
SI NO
- Confirmando no haber 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
- Confirmando no haber viajado desde ningún país con restricciones de viaje/autoaislamiento en los últimos 14 días.
SI NO

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicaran las correcciones disciplinarias y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la Universidad y con ello pongan en riesgo la seguridad de la comunidad universitaria.

Firma