

Dichiarazione di presa d'atto dello svolgimento con modalità a distanza per lo svolgimento dell'Esame di Stato, di non utilizzare strumenti di ausilio e garantire l'assenza nel locale di persone di supporto durante lo svolgimento della prova

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____ nato

a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° ____

candidato per l'Esame di Stato in Farmacia/Odontoiatria – I sessione 2020 – che si svolgerà a distanza ai sensi dell'art. 1 del DM 57 del 29 aprile 2020;

DICHIARA

- di aver preso atto delle modalità di svolgimento dell'esame ai sensi del decreto sopra richiamato;
- di non utilizzare strumenti di ausilio
- di garantire l'assenza nel locale di persone di supporto durante lo svolgimento della prova

Data:

Luogo:

Firma del candidato
(per esteso e leggibile)