

State of Texas
County of Hidalgo



Texas Education Agency
Student Assessment Program

Testing Department
2023-2024

Oath of Test Security and Confidentiality for Cafeteria Personnel
(English Version)

I do hereby certify, warrant, and affirm that I will fully comply with all applicable requirements governing the State Assessment Programs and do hereby certify the following (*by initialing each statement*):

_____ I have received training in test security and confidentiality requirements.

_____ I am aware of my obligation to report any suspected violations of test security to the campus testing coordinator, _____
or to the District Testing Director, Ms. Ofelia Alvarez at 956-461-8020

OALVAREZ@donnaisd.net

I do hereby further certify, warrant, and affirm that I will comply with all requirements concerning test security and confidentiality.

_____ Date _____ Campus 108902
County-District Number

_____ Printed Name of Employee

_____ Signature of Employee

Return this form to the campus testing coordinator.

State of Texas
County of Hidalgo



Texas Education Agency
Student Assessment Program

Testing Department

2023-2024

Juramento de Confidencialidad De Pruebas Para Personal de Cafetería
(Spanish Version)

Certifico, garantizo y afirmo que cumpliré plenamente con todos los requisitos aplicables que rigen el Programa de Evaluación del Estado y por la presente certifico lo siguiente (*poniendo sus iniciales en cada declaración*):

_____ He recibido entrenamiento sobre los requisitos de seguridad y confidencialidad de las pruebas estatales.

_____ Estoy consciente de mi obligación de reportar cualquier infracción

sospechada relacionada con la seguridad de las pruebas a la coordinadora de exámenes de la escuela, _____, o a la directora de exámenes del distrito, Sra. Ofelia Álvarez al 956-461-8020 o al ovalvarez@donnaisd.net.

Por la presente, también certifico, garantizo y afirmo que cumpliré fielmente y completamente con todos los requisitos relacionados con la seguridad y la confidencialidad de las pruebas.

_____ 108-902
Fecha Campus Condado-Distrito

_____ Firma del Empleado
Nombre del Empleado

Devuelva este formulario al coordinador de exámenes de la escuela.