

State of Texas  
County of Hidalgo



Texas Education Agency  
Student Assessment Program

**Testing Department**  
2024-2025

**Oath of Test Security and Confidentiality for Security 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](mailto: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**

**2024-2025**

**Juramento de Confidencialidad De Pruebas Para Personal de Seguridad**

(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](mailto: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.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Campus 108-902  
Condado-Distrito

\_\_\_\_\_ Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Firma del Empleado

Devuelva este formulario al coordinador de exámenes de la escuela.