



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con C.I. _____ doy mi consentimiento para que mi hija/o participe en el Servicio de Orientación Vocacional y asimismo, le puedan aplicar los distintos TESTS PSICOLOGICOS, los cuales son parte del proceso de orientación vocacional del SOV, del departamento de PSICOLOGÍA, de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” La Paz, que se llevará a cabo en modalidad presencial según el siguiente detalle:

De la misma forma, expreso mi compromiso de continuar con los requerimientos y pasos planificados para el proceso de orientación vocacional, en la fecha, horarios y lugar establecidos según corresponda.

Fecha de la aplicación: _____

Firma

Nombres(s) y Apellido(s) del o de la estudiante:

C.I. del o de la estudiante: _____

Servicio de Orientación Vocacional (SOV) Cel: 64203274 Carrera de
Psicología: 2782222 Ext. 2851