C.R.A.I. - BIBLIOTECA
Campus Ciudad Jardín

VNiVERSiDAD D SALAMANCA

TEST

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y/O PRÉSTAMO DE TESTS

DATOS DE INTERÉS

Estudios que realiza

.....

Curso actual

.....

Correo Electrónico

.....

D.N.I.

.....

Nº Colegiado/a

.....

Entregado por:

.....

Recogido Por

.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

1. Declaro y suscribo que cumplo con los requisitos exigidos por la Docimoteca del CRAI-Biblioteca Campus Ciudad Jardín relativos al buen uso de los instrumentos psicológicos.
2.Declaro que conozco las normas deontológicas que regulan el uso de los test tal como aparecen en el Código Deontológico del Psicólogo, de 22 de mayo de 1987 del Colegio Oficial de Psicólogos.
3.Me comprometo a utilizar estos tests tan solo con fines formativos de evaluación y de entrenamiento requeridos para el posterior ejercicio profesional.

Firma del Solicitante

TESTS QUE SOLICITA

1. .....

2. .....

3. .....

PROFESOR QUE AUTORIZA

_____

Firma del Profesor que autoriza

En Salamanca a de 20