



Ciudad y fecha: _____

Aspirante: _____

Documento de Identidad: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SERVICIO DE PSICOLOGIA

Para el procedimiento de: **PRUEBA PSICOMÉTRICA Y/O ENTREVISTA**

Yo: _____ identificado (a) con: _____

Actuando en mi nombre (si es mayor de edad) ().
Actuando en representación de (si es menor de edad) ()

Nombre del Aspirante: _____

CERTIFICO

Que en virtud de lo establecido en la normativa vigente relacionada con la prestación de los servicios de salud Mental, con la profesión de Psicología y demás relacionadas, he sido debidamente informado sobre actividades, procesos y procedimientos propios del ejercicio de la Psicología, que en este procedimiento en particular serán utilizados o pueden llegar a ser utilizados de ser necesarios, y también sobre los/las profesionales de la salud, que intervendrán o pueden llegar a intervenir, sobre los límites, responsabilidad, deberes y derechos y así mismo, sobre los deberes, derechos, responsabilidades y límites de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

He sido debidamente informado y soy consciente de que se tratara, profundizara y compartirá información personal y sensible, la cual es la base de todo proceso psicológico y por lo tanto autorizo a las los/las profesionales de la Salud Mental que intervendrán en este proceso en particular para tratarla y gestionarla, consciente de los principios de Bioética y Deontología.

Firma del Aspirante: _____

Identificado (a) con: _____

Firma del Acudiente: _____

Identificado (a) con: _____

Índice derecho

Firma y sello psicólogo(a) del aspirante