



**SOLICITUD PRÁCTICA DE FORMACIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Una vez completadas las secciones 1, 2 y 3 de este formulario, el estudiante deberá cancelar \$200,00 dólares por concepto de "Servicio de realización de práctica de formación académica". El pago se podrá realizar a través del sistema de pagos de la Universidad o en Tesorería. Entregar el formulario junto con la factura en la Dirección de la Coordinación de la Carrera. Con la autorización, la Coordinación realizará el sobrepaso para que el estudiante pueda inscribirse a través del Sistema Académico Banner en la materia de práctica que corresponda.

1. Datos Personales

Nombres del Estudiante	_____	Cédula	_____
Correo electrónico	_____	Código	_____
Teléfono/Celular	_____		

2. Información de Inscripción

Solicito la autorización para realizar la siguiente práctica:

Materia Práctica 1

Materia Práctica 2

3. Declaratoria

Yo _____ declaro que:

1. Cumpló con todos los requisitos de la carrera que me permiten acceder a las Prácticas de Formación Académica del Quinto Año de Psicología Clínica.
2. Me he registrado en la clase correspondiente a la práctica a la que solicito mediante el presente formulario.
3. He realizado el pago completo de las prácticas de formación del periodo correspondiente.
4. Acepto las políticas y normas de la Clínica de Salud Mental de la USFQ en SIME.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

4. Esta sección es solo para el uso de la Institución:

Estudiante autorizado	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Pago recibido	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

Firma del Coordinador: _____ Fecha: _____