

**ACTA DE CONOCIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE LA PRÁCTICA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estudiante del Programa de Psicología, **acepto que he recibido la información y generalidades presentadas por la Dirección de Proyección Social y Extensión para el desarrollo del Curso Académico Práctica en Psicología Clínica.**

En caso de matricular la Práctica en Psicología Clínica y no formalizar la entrega de los documentos establecidos, debo cancelar el curso en las fechas establecidas en el Calendario Académico del semestre.

Igualmente, **me comprometo a tener en cuenta las indicaciones dadas y el cumplimiento de los reglamentos institucionales que rigen dicha actividad.**

Para constancia se firma en Bucaramanga, a los \_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KELLY JOHANNA VILLAMIZAR BLANCO NOMBRE LEGIBLE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE**

Directora de Proyección Social y Extensión