SOLICITUD ATENCIÓN CONSEJERIAS DAVE

**FECHA:**

Completa estos datos que son importantes para nosotros. Esta información es totalmente confidencial.

1. **Datos personales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** |  | **Pronombre** |  |
| **Carrera** |  | **RUT** |  |
| **Año que cursas** |  | **Edad** |  |
| **Comuna** |  | **Domicilio** |  |
| **Teléfono/Celular** |  | **Mail** |  |

**II. ¿Cómo te enteraste que la DAVE tiene servicio gratuito de atención**

**psicológica/psicopedagógica?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Compañeros/amigos de la Universidad. |
|  | Publicidad: e­mail, flyer, díptico, carteles, avisos. |
|  | Facultad/Escuela. |
|  | DAVE. |
|  | Tutor |
|  | Otros. ¿Cuál? |

**III. ¿Cuál es el motivo principal de la atención?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Necesidades personales. |
|  | Recomendación de mi Subdirector académico/profesor. |
|  | Otros. ¿Cuál? |

***COMPROMISO***

 Respetar el horario planificado. Se esperará un **máximo de 10 minutos.**

 Recuerda que hay muchas personas que necesitan el beneficio, ***por tanto te invitamos a utilizarlo responsablemente.***

 En caso de no asistir, deberás informar a secretaría DAVE ( vía mail: [daveregioncoquimbo@ucentral.cl](mailto:daveregioncoquimbo@ucentral.cl) )

 Si faltas A TU CITA, perderás el cupo en este servicio, luego de 2 inasistencias, pasarás a lista de espera para el próximo semestre.

**FIRMA DEL ESTUDIANTE**

**Tomé conocimiento**