



Biblioteca Centrale "Leon Battista Alberti"

Sezione di Psicologia
Cesena

MODULO CONSULTAZIONE TEST PSICOLOGICI

Io sottoscritto _____

Barrare la casella interessata:

- Iscritto all'albo degli psicologi: iscrizione n. _____ Regione _____
- Matricola n. _____ autorizzato dal docente del Dipartimento, Prof. _____

Richiedo in consultazione i seguenti test:

mi impegno a rispettare le seguenti condizioni per la **consultazione** dei test psicologici custoditi presso la Biblioteca:

- **non riprodurlo in alcun modo (fotocopia, computer o altro mezzo)**
- **mantenere integro il materiale**
- **non compiere alcuna somministrazione non autorizzata**

Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che l'utilizzo improprio o scorretto degli strumenti che ricevo in custodia rappresenta una violazione dei principi di etica e qualificazione professionale universalmente accettati.

Cesena, _____

Firma del **richiedente**

Firma del **docente che autorizza la consultazione** (in caso di studente)
