

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN COMPRENSIVA,  
DEFENSA O REVISIÓN DE TRABAJO DE GRADUACIÓN, EVALUACIÓN ESPECIAL, EVALUACIÓN  
POR SUFICIENCIA

Yo:

DPI:

Carné:

Facultad:

Carrera:

Campus / Sede:

**Mediante este documento declaro que:**

- Solicito se lleve a cabo de manera remota (virtual) por medio de la tecnología, asumiendo por válidos los resultados que el proceso genere, como decisión voluntaria de realizarla bajo las condiciones que impone la pandemia de COVID-19, la: (seleccione la opción)
  - Evaluación Comprensiva
  - Defensa de tesis, trabajo de graduación, \_\_\_\_\_
  - Revisión de tesis, trabajo de graduación, \_\_\_\_\_
  - Evaluación Especial
  - Evaluación por Suficiencia, pregrado
  - Evaluación por Suficiencia, posgrado
- Para el efecto, dispongo de los medios tecnológicos necesarios para una conectividad apropiada que garantiza la transmisión óptima de la información, además de contar con la disponibilidad material y psicológica para realizar la evaluación. Por lo anterior solicito se me informe de la fecha y horario que se me programará para la realización de la evaluación solicitada arriba, estando dispuesta (o) a cumplir con el protocolo establecido para el caso.
- Cumpliré con las normas establecidas en los Estatutos, Reglamento General, Reglamento de Evaluación Académica de la Universidad Rafael Landívar, así como cualquier otra disposición o resolución que sea emitida por las autoridades correspondientes.

Número de teléfono/celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma estudiante

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_