

Su Nombre y Apellidos  
Dirección Postal  
Ciudad, País, Código Postal

Fecha

Dr. Cirilo Toro Vargas  
P.O. Box 32111  
Ponce, Puerto Rico 00732-2111

### **SOLICITUD DE AUTORIZACION PRUEBA DE AUTOESTIMA**

Actualmente estoy en el Departamento \_\_\_\_\_ de la Universidad \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_. Realizo estudios conducentes a \_\_\_\_\_. Solicito su autorización para utilizar su prueba **Autoestima: Autoexamen** como uno de los instrumentos en la investigación titulada \_\_\_\_\_. Necesitaría, además, el envío de la información referente a la validación de la prueba.

Me comprometo a utilizar la prueba tal como usted la envíe, incluyendo el debido crédito a su autoría. Tan pronto termine el estudio le haré llegar copia de los resultados, así como un resumen del mismo.

[Su firma]

Su Nombre y Apellidos

[Realice los cambios correspondientes en esta carta y luego envíela a la dirección incluida o por correo electrónico a: [conexion7@lycos.com](mailto:conexion7@lycos.com). Su autor le contestará utilizando el mismo medio de la solicitud.]