

Guatemala, FECHA

**Directora General**

**Doctora América Estrada**

**Dirección General de Servicios de Seguridad Privada -DIGESSP-**

**Presente**

**Estimada Doctora:**

Por medio de la presente hago de su conocimiento que yo **NOMBRE COMPLETO** me identifico con el número de DPI **NÚMERO COMPLETO**, me comprometo a recibir como mínimo 10 horas de terapia psicológica, a su vez, remitiré el certificado firmado y sellado por el profesional en la materia en un tiempo no menor a 6 ni mayor a 8 meses para poder someterme nuevamente a la evaluación psicológica.

**NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE**