



SOLICITUD DE SERVICIOS Y MODIFICACIONES RAZONABLE

Año Académico: 20 ____ - 20 ____

Semestre: 1ro 2do Verano

Trimestre: 1er 2do 3er

1. Primer Apellido

2. Segundo Apellido

3. Nombre

Inicial

4. Número de Estudiante

5. Fecha de Nacimiento

6. Edad

7.. Género F

M

LGBTTG 2

8. Facultad

Programa

9. Año de Estudio

10. Dirección Postal

11. Ciudad

País

Zona Postal

12. Dirección Residencial si es diferente a la Postal

13. Ciudad

País

Zona Postal

14. Teléfono Residencial

Celular

15. Correo Electrónico Institucional

16. Correo Personal

¿Se hospeda? Si No Dirección: _____

Persona contacto: _____

Relación con usted: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico:

Beneficiario de Rehabilitación Vocacional

Si No Nombre del Consejero:

Teléfono: Correo Electrónico:

Marque los impedimentos que tiene:

- Dificultad auditiva/sordera
- Dificultad visual/ciego legal
- Mental / emocional
- Otros: _____

- Problemas del habla
- Problemas de aprendizaje
- Problemas de movilidad
- Especifique: _____

Tipo de Modificación que solicita:

Curso:

Modificación que solicita:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------	-------------------------

Esta solicitud debe ir acompañada de la Certificación de Impedimento y Recomendaciones para Acomodo Razonable y completada por el profesional de salud que atiende su condición, o por la Certificación de la Oficina de Rehabilitación Vocacional. (Estará disponible en la Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimentos, OSEI)

El estudiante es responsable de presentar todos los documentos necesarios para que su Solicitud de Acomodo Razonable sea procesada.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Consejero

Fecha